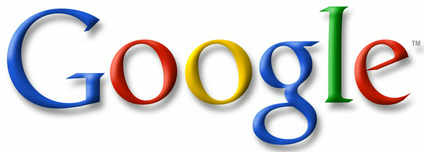
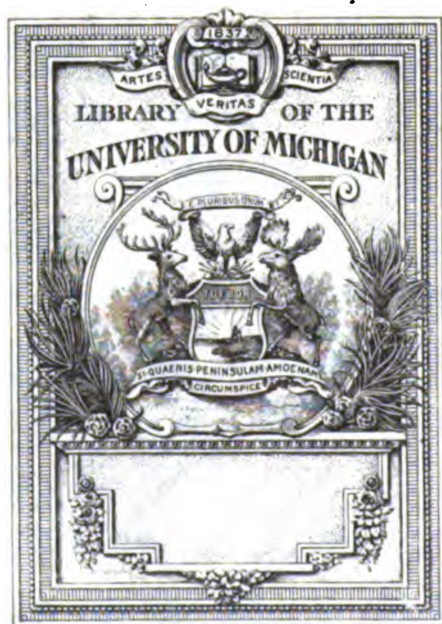
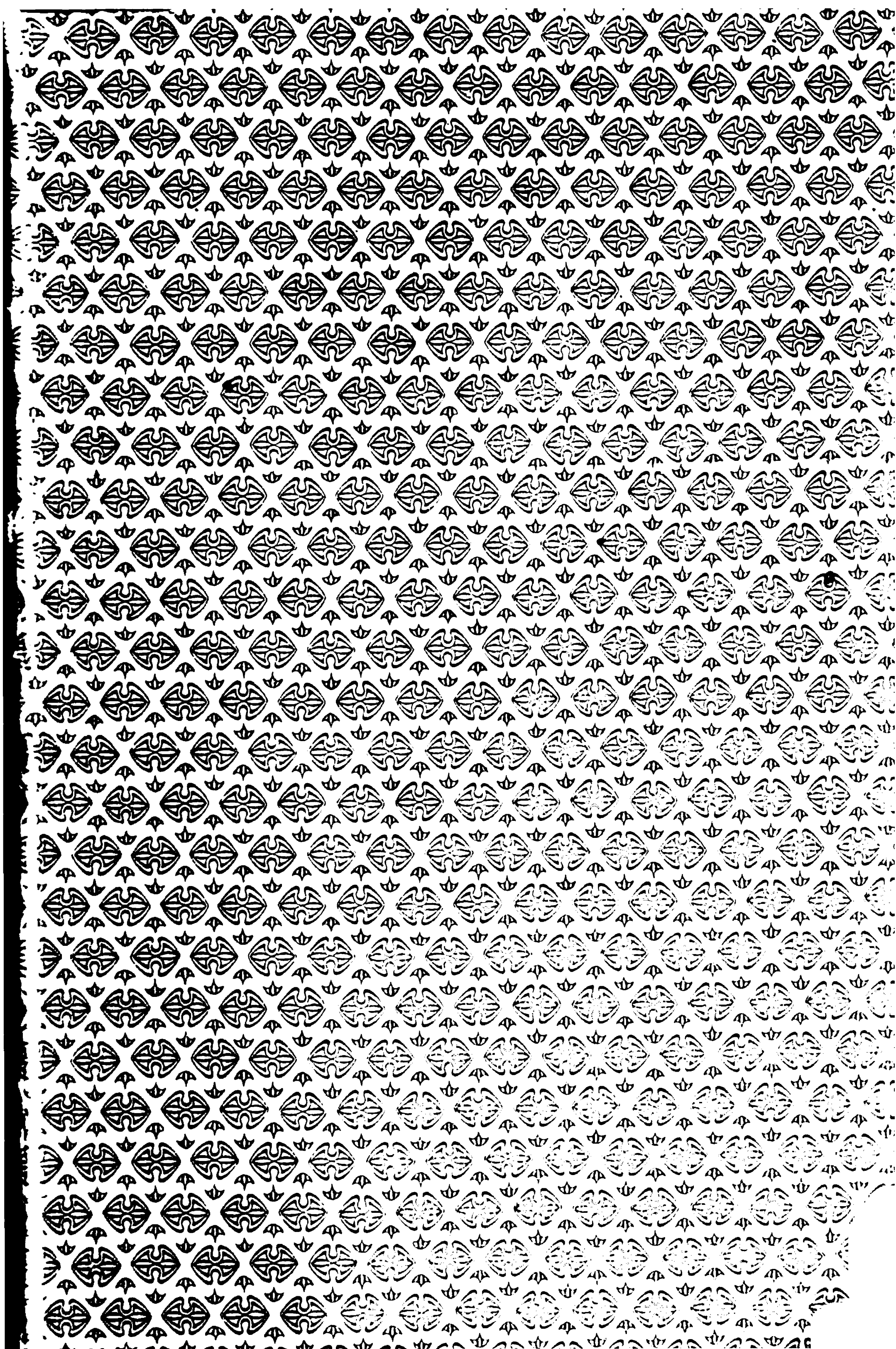



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **A. T. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **O. Chiari** (Wien), **L. Góngora** (Barcelona), **Th. Heryng** (Warschau), **G. Jonquière** (Bern), **F. Klemperer** (Strassburg), **W. Landgraf** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New-York), **H. Luc** (Paris), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. M'Bride** (Edinburgh), **E. J. Moure** (Bordeaux), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **G. Sentiñon** (Barcelona), **A. Toti** (Florenz)

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Zehnter Jahrgang.

(Juli 1893 bis Juni 1894.)

Berlin, 1894.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, Juli. 1893. No. 1.

I. Die laryngologische Literatur des Jahres 1892.

Zum ersten Mal seit dem Bestehen des Centralblattes, also seit vollen neun Jahren, haben wir nicht von einer weiteren Zunahme oder zum wenigsten von einem Sichgleichbleiben der literarischen Production auf unserem Gebiete zu berichten, sondern von einem anscheinend sehr erheblichen Rückgange. Den 2761 Arbeiten des Jahres 1891 stehen diesmal, wie aus der folgenden Tabelle hervorgeht, nur 1895 gegenüber, und erwägt man, dass wir 1890 von 2375 Arbeiten zu berichten hatten, so würde es scheinen, als wenn die Production auf das Niveau der Jahre 1888/89 zurückgegangen sei, in denen 1869 resp. 1871 laryngologische Arbeiten zu verzeichnen waren. Ob das, wenn unsere Statistik auf ab-

Länder.	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	53	183	109	114	100	19	13	591
Deutschland	43	68	50	37	115	23	5	341
Grossbritannien und Colonien	21	53	80	47	86	38	15	340
Frankreich	22	70	73	33	71	18	1	288
Oesterreich-Ungarn	23	40	17	16	28	13	6	143
Belgien und Holland	7	16	13	10	23	5	1	75
Russland	3	6	6	1	9	1	4	30
Italien	7	3	5	3	4	3	—	25
Scandinavische Königreiche	2	4	3	9	1	4	1	24
Schweiz	2	2	4	4	3	5	1	21
Polen	1	2	3	3	2	—	—	11
Spanien	1	—	1	2	1	—	1	6
Zusammen	185	447	364	279	443	129	48	1895

solute Genauigkeit Anspruch machen könnte, als ein bedauerlicher Rückschritt zu bezeichnen wäre, dürfte in jedem Falle fraglich sein.

In Wirklichkeit aber ist die Abnahme keine so bedeutende, als sie nach dem Obigen erscheint. Zur Zeit der Anfertigung der Statistik standen noch zwischen 300—400 Referate aus, und somit verringert sich die anscheinend enorme Differenz der Production zwischen 1892 und dem Vorjahre ganz beträchtlich, wenn sie auch gross genug bleibt.

Wie eine genauere Vergleichung dieser Tabelle mit derjenigen des Vorjahres lehrt, ist die Abnahme der Production eine fast ganz allgemeine, d. h. sie betrifft sowohl die einzelnen Länder, wie auch die Unterabtheilungen unseres Gebietes. Amerika, Deutschland, Grossbritannien, Frankreich, Belgien und Holland, Russland, Polen, Spanien, die Schweiz, die skandinavischen Königreiche — alle diese Länder weisen eine mehr oder minder beträchtliche Verminderung ihrer laryngologischen Production auf und nur Oesterreich-Ungarn hat im Gegentheil eine Zunahme zu verzeichnen.

Einer besonderen Erwähnung bedürfen die italienischen Referate. Den 204 Arbeiten des Vorjahres stehen anscheinend nur 25 gegenüber. Diese enorme Differenz ist aber in der That nur eine scheinbare. Unser bisheriger italienischer Mitarbeiter, der sich stets durch Regelmässigkeit und Vollständigkeit seiner Referate ausgezeichnet hatte, stellte kurz nach Anfang des verflossenen Jahrgangs ganz plötzlich und ohne der Redaction irgend welche Mittheilung des Inhalts zu machen, dass er seine Stellung aufzugeben wünsche, seine Thätigkeit einfach ein. Nachdem mehrere Monate verflossen waren, ohne dass Referate von ihm eingelaufen wären, wurde ihm wiederholt die dringende Bitte ausgedrückt, dass er seinen Verbindlichkeiten mit der früheren Regelmässigkeit Genüge leisten möge. Diese Bitten blieben unbeantwortet, und selbst auf die Anfrage, ob sein Schweigen als ein Zeichen zu deuten sei, dass er seine Stellung aufzugeben wünsche und ob er nicht wenigstens seinen Pflichten bis zum Ende des laufenden Jahrgangs nachzukommen denke, erfolgte keine Antwort! — Auf Erkundigungen, die nunmehr an anderer Stelle eingezogen wurden, ist vor kurzer Zeit der Bescheid erfolgt, dass Dr. Cardone seine Thätigkeit in Neapel aufgegeben und diesen Platz verlassen habe.

So peinlich es ist, diese Interna hier zur Sprache zu bringen, erscheint uns dies als eine offenbare Pflicht, einmal um zu zeigen, dass das anscheinende, fast totale Versiegen aller laryngologisch-schriftstellerischen Thätigkeit in Italien thatsächlich nur ein scheinbares ist, zum andern, um den italienischen Collegen die scheinbare Vernachlässigung ihrer Leistungen, die von Niemandem mehr als von dem Herausgeber des Centralblattes bedauert wird, zu erklären. Der Nachfolger unseres bisherigen Mitarbeiters, Herr Dr. A. Toti in Florenz, wird die Unterlassungssünden seines Vorgängers in Kürze gut machen.

Schliesslich möchten wir darauf hinweisen, dass, wenn das Jahr 1892 in der Gesammtzahl seiner laryngologischen Arbeiten hinter dem Vorjahre zurücksteht, es andererseits eine bisher noch nie erreichte Fülle in der Anzahl grösserer Werke und Monographien in unserem Fache aufweist. Das Inhaltsverzeichniss unseres letzten Bandes legt hierfür beredtes Zeugniss ab.

II. Referate.

a. Allgemeines, Parotis etc.

1) **Helferich. Jahresbericht über die chirurgische Klinik der Universität Greifswald während des Jahres 1889/90.** F. C. W. Vogel, Leipzig 1892.

1. Fälle von Papillomata laryngis, durch Laryngofissur geheilt.
   34jährige Frau. Stimmstörung nach der Operation mässig.
   3jähriges Kind. Stimmstörung erheblich.
2. Zwei Kiemengangscysten am Halse.
3. Fälle von Drüsencarcinom am Halse (Recidiv) nach vorherigem Lippen- und Zungenkrebs.
4. Sarcom der Schilddrüse, 34jährige Frau.
5. 3 Fälle von Carcinom der Speiseröhre.
6. Stenosis laryngis traumatica (Suicidium), Cricothyreotomie nach vergeblichen Versuchen mit Schrötter'schen Bougies.
7. Granulirende Entzündung beider Stirnhöhlen. Operation, Drainage nach der Nase zu, Heilung.
8. Stomatitis und Rhinitis diphtherica im Anschluss an die Operation eines zu kurzen Frenul. linguae entstanden.
9. Syphilitische Papillome der Oberlippe, Heilung durch Jodkali.
10. Empyem der Highmorshöhle durch aberrirte Zähne bei einem 4jähr. Kinde.
11. Angioma cavernosum der Nasenspitze.
12. Carcinom der Infraorbitalgegend und der Orbita.
13. Multiples Sarcom der Parotis.
14. Adenom der rechten Kiefer- und Nasenhöhle.
15. Carcinom der rechten Tonsille.
16. Angeborene Fistel in der Mitte des Nasenrückens.
17. Noma faciei im Anschluss an Typhus.
18. 13 Fälle von Tracheotomie wegen Diphtherie. 3 Heilungen.

SEIFERT.

2) **Wiesmann** (Herisau). **Kleine Mittheilungen aus dem Krankenhaus in Herisau.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 3. 1892.*

1. Exstirpation einer 9 Pfund schweren Strumacyste, welche bis über die Herzgrube hinunter hing und in dieser Form als „Schelle" 40 Jahre lang getragen worden war.

2. Rhinolith, welcher 60 Jahre lang mit starker Ozaena als Folgekrankheit getragen worden war und nach Entfernung einen von Kalk umgebenen Kirschkern im Centrum zeigte.

JONQUIÈRE.

3) **Debagorio-Mocriewski. Parotitis-Epidemie. (Ob epidemii parotita.)** *Russ. med. 1892. No. 29.*

Nach dem Verschwinden der Influenza beobachtete Verf. 1889/90 in einer kleinen Stadt des Chersonschen Gouvernements unter den dort postirten Soldaten eine Parotitis-Epidemie. Es kamen etwa 100 Fälle zur Beobachtung (genau liess sich die Zahl nicht feststellen, da die leichten Erkrankungsfälle sich nicht an den Arzt wandten). Als Complication wurde 26 mal Orchitis verzeichnet, meist linkerseits, einmal beiderseits.

Einige Mal kam es blos zur Orchitis, oder Orchitis und Drüsenschwellungen am Halse, oder Schwellungen der Submaxillar- und Sublingualdrüsen ohne Mitbetheiligung der Parotis. Bei einem Patienten wurde nach 7 Monaten eine abermalige Erkrankung der Parotis beobachtet.

Die Infection verbreitete sich Anfangs auf die Schlafnachbarn, dann auf die benachbarten Räume und zuletzt auf die höher gelegenen Stockwerke.

LUNIN.

4) **Zitrin. Zur Casuistik der epidemischen Parotitis. (K kasuistike epidemitsche skawo parotita.)** *Russ. Med. 1892. No. 29.*

Im Verlaufe von 3 Jahren (1888—90) sah Z. 41 Fälle von Parotitis. Die Krankheit begann stets im Januar und dauerte bis zum April. 30 mal trat die Krankheit beiderseits, 11 mal einseitig auf. Orchitis sah Z. 9 mal, meist bei doppelseitiger Parotitis. Von anderen Complicationen wurden noch Schwellungen der Submaxill.- und der Halsdrüsen verzeichnet. LUNIN.

5) **Bergh** (Norwegen). **3 Fälle von Parotitis nach Influenza. (3 Tilfaede af Parotit efter Influenza.)** *Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. 4 R. VII.*

Der Titel giebt den Inhalt an. SCHMIEGELOW.

6) **Stephen Paget** (London). **Abdominaloperation, gefolgt von Parotitis. (Abdominal section, followed by parotitis.)** *British Medical Journal. 16. April 1892.*

Der Vortragende brachte ein neues Beispiel für das Vorkommen eines Ereignisses, dem er seit längerer Zeit seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat (vergl. Centralblatt, frühere Jahrgänge), nämlich das reflectorisch veranlasste Vorkommen von Parotitis nach Verletzung oder Erkrankung der Abdominal- oder Beckenorgane. Er hat bereits mehr als 100 Beispiele dieses Ereignisses gesammelt. Im vorliegenden Falle handelte es sich um eine 48jährige Frau, welcher wegen Obstruction des Darmkanals ein künstlicher Anus angelegt worden war. Vier Tage nach der Operation entwickelte sich acute linksseitige Parotitis. Die Patientin genas. SEMON.

7) **M. Codreanu** (Bucarest). **Geschwulst in der rechten Parotisgegend. Operation. Recidiv nach 5 Jahren. 2. Operation. Unterbindung der Carotis primitiva und Jugularis interna. Durchschneidung des Pneumogastricus, Spinalis (Auricularis) magnus, Hypoglossus und Sympathicus. Heilung mit Erhaltung des Facialis und der Ohrspeicheldrüse. (Tumorea in regiunea parotidei in dreapta. Operat, recidivat perte cinci ani. Operat a dona cara. Legatura**

Carotidei primitive a jugularei interne. Taerea pneumogastriculuc, spinalulue marele, hypoglossi, sympatic. Vindecarea cu conservarea facialulue si a glandec parotide.) *Spitalul. 1892. Seite 273—278.*

Der histologische Befund der ersten Geschwulst ist unbekannt; die zweite wurde von Prof. Babes untersucht und als fibrös oder fibrocartilaginös erkannt. Der Operirte war ein 47jähriger Bauer. Bei der Entlassung hatte er leicht aphonische Stimme, rechtsseitige Ptosis und Pupillencontraction, halbseitige Zungenlähmung ohne Geschmacksbeeinträchtigung; Radialpuls rechts und links gleich; ebenso Temperatur im Gesicht, Ohr und in der Achselhöhle.

SENTINON.

8) **Hettinger** (Bruchsal). **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Parotistumoren.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Fall von sogen. secundärem Venenkrebs. Das Gewebe der Parotis erschien im weitesten Umfange von Carcinomwucherung durchsetzt. Diese Wucherung war übergegangen auf den grössten Theil der venösen Gefässe, hauptsächlich auf die Venen grossen Kalibers und hatte die Wandung derselben in die krebsige Degeneration mit hineingezogen. SEIFERT.

9) **Lubet-Barbon. Bromaethyl. (Bromure d'ethyle.)** *Archives internat. de laryngologie. Januar 1892.*

Allgemeine Studie über das Bromaethyl, seine Zusammensetzung und seine hauptsächlichste Anwendung in der Hals-, Nasen- und Ohren-Chirurgie.

E. J. MOURE.

10) **Redactionelle Notiz. Wasserstoffsuperoxyd. (Peroxide of hydrogen.)** *N. Y. Med. Journal. 23. Juli 1892.*

Ein Warnruf gegen den unbeschränkten Gebrauch des Wasserstoffhyperoxyds im Halse wurde kürzlich von Dr. A. Jacobi in einer Versammlung der amerikanischen Pädiatrischen Gesellschaft ausgesprochen. Schon eine schwache Lösung des reinsten Präparates wirkt auf manchen Hals reizend. Bei manchen Patienten scheint das Mittel die Fähigkeit zu besitzen, die Schleimhaut anzuätzen oder die Bildung dünner pseudomembranöser Häute zu verursachen. Auch scheint das Mittel einen geradezu entgegengesetzten Effect bei gewissen diphtheritischen Halserkrankungen zu äussern, indem deutliche Besserung mit einem Schlage auftritt beim Aussetzen des Mittels. In Berücksichtigung der in der letzten Zeit von zuverlässigen Beobachtern beigebrachten Fakten wird man den Schluss nicht vermeiden können, dass das Wasserstoffsuperoxyd ein Präparat ist, welches man nur mit äusserster Vorsicht in Nase und Hals anwenden soll.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **Savor** (Wien). **Ueber die desinficirende Wirkung der Argentum nitricum.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 40 u. 42.*

S. machte eingehende Versuche über diesen Gegenstand und fand z. B., dass eine 1proc. Lösung Milzbrandsporen in 15 Minuten tödtet, eine 1pM. (1 : 1000) Lösung Typhusbacillen in 2, Staphylococcus pyog. aur. in 10 Minuten u. s. w. Die bactericide Wirkung kann zwar durch anwesende Eiweisskörper

vermindert werden, aber jedenfalls ist die Anwendung schwacher Silberlösungen als giftloses Desinficiens zu versuchen. Dies der Grund, warum über diese im Originale nachzulesende Arbeit hier referirt wird. CHIARI.

12) **Kahn. Ueber neue Myrrhenpräparate.** *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1892.*

Das vom Apotheker Flügge in Frankfurt a. M. hergestellte Oleum Myrrhae (Myrrholin) und Ung. Myrrhae (1 Myrrha : 10 Wachs) bewährten sich gut bei Eczem des Naseneinganges; die Myrrhensalbe hatte bei Rhinitis atroph. foetida vermehrte Secretion und Abnahme des Fötors und der Krustenbildung zur Folge. Ein drittes Präparat, Capseln von 0,2 Myrrholin mit 0,3 Creosot wurde innerlich ebenso gut vertragen, wie alle anderen Creosotpräparate. SCHECH.

13) **E. B. Gleason. Das Antipyrin als Lokalmittel bei Entzündungen der Schleimhaut der oberen Luftwege. (Antipyrine as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract.)** *N. Y. Med. Journal. 29. October 1892.*

G.'s Arbeit ist etwas ausgedehnt und hätte wohl kürzer gefasst werden können. Der Verf. verordnete häufig Antipyrin, sowohl allein als auch in Combination mit Cocain, Menthol u. s. w., als schmerzstillendes Mittel für die entzündete Schleimhaut der oberen Luftwege; er gab das Mittel nicht nur bei catarrhalischer Entzündung, sondern auch bei specifischen Erkrankungen und stets mit zufriedenstellendem Erlolge.

Der schmerzstillende Effect der auf die entzündeten Schleimhäute applicirten Antipyrinlösungen hält mehrere Stunden an und kann, wenn man die Application genügend oft wiederholt, für unbegrenzte Zeit aufrecht erhalten werden.

Bei interner Verabreichung übt das Antipyrin nicht nur lokal einen schmerzstillenden Effect auf die Schleimhaut des Mundes, Halses, Oesophagus und Magens aus, wo diese entzündet sind, sondern es ist auch ein kräftiges Antispasmodicum und wirkt herabsetzend auf die excitomotorische Fähigkeit des Rückenmarks. Auch bei der lokalen Application scheint das Antipyrin seine antispasmodische Wirksamkeit zu entfalten, wenigstens vermindert es den Reflexhusten und das Asthma bei gewissen nasalen Affectionen und das reflectorische Aufstossen und Würgen, das bei manchen Formen von Pharyngitis sich so lästig erweist. Ausserdem ist das Antipyrin auch noch ein starkes Antisepticum. LEFFERTS.

14) **O. Liebreich (Berlin). Bemerkungen über die Wirkung der cantharidinsaure Salze.** *Therap. Monatsheft. Juni 1892.*

L. glaubt auf Grund seiner und anderer Autoren Beobachtungen, dass die in die Blutbahn aufgenommenen cantharidinsauren Salze eine seröse Flüssigkeit an der erkrankten Stelle austreten lassen und zwar bevor es zu sonstigen Störungen im Organismus, insbesondere der Nierenthätigkeit kommt.

A. ROSENBERG.

15) **Q. C. Smith. Ein elegantes und wirksames Pulver für Catarrhe. (An elegant and efficient catarrh powder.)** *Gaillards Med. Journ. Dec. 1892.*

Rp. Hydronaphthol
Ac. borici ana 8,0
Pulv. camphor. 0,3
Aristol 0,5
M. et adde
Olei Sassafras.
Eucalyptol ana gtt. II.

Disp. in weithalsiger Flasche, fest verschlossen zu halten nach dem Gebrauch. Nach Reinigung der Theile mit dem Pulverbläser aufzutragen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **S. S. Bishop. Comprimirte Luft und Spray's bei Krankheiten des Halses, der Nase und der Ohren. (Compressed air and sprays in diseases of the throat nose and ear.)** *Journal Am. Med. Assoc. 22. October 1892.*

Die Arbeit beschäftigt sich ganz mit Ohrenkrankheiten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **X. Behandlung der Chloroform-Zufälle. (Treatment of chloroform-accidents.)** *Lancet. 9. Januar 1892.*

Eine Notiz über eine russische Arbeit von Prof. Bobroff, in der subcutane Injectionen von physiologischer Kochsalzlösung (0,6 pCt.) bei Herzschwäche in Folge von Chloroformanwendung empfohlen werden. MACKENZIE-JOHNSTON.

18) **J. Hewitt** (London). **Modification des Junker'schen Chloroform-Inhalators. (Modification of Junker's chloroform inhaler.)** *Lancet. 30. April 1892.*

Beschreibung eines Instrumentes, das gewisse Zufälle, die bei dem gewöhnlichen Apparate bisweilen vorgekommen sind, verhüten soll.

MACKENZIE-JOHNSTON.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **J. Israel** (Berlin). **Ein verbessertes Verfahren der Rhinoplastik bei Sattelnasen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 9.*

Von rein chirurgischem Interesse. LANDGRAF.

20) **Noquet. Schleimpolyp der linken Nasenhöhle. (Polype muqueux de la fosse nasale gauche.)** *Bulletin méd. du Nord. 1892. No. 23. p. 590.*

Der Polyp von ungefähr 7 cm Länge, 3 cm Breite und 2 cm Dicke in seiner mittleren Partie gemessen sass in der linken Nasenseite — wahrscheinlich dem mittleren Nasengang — einer 22jährigen jungen Person; er wurde mit der kalten Schlinge entfernt. J. BARATOUX.

21) **Hopmann. Nasenpolypen im Alter unter 16 Jahren.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 32.*

Der um die Frage der Nasenpolypen verdiente Autor kommt auf eine früher von ihm aufgestellte Behauptung zurück, dass Nasenpolypen bei Kindern nicht so selten seien, als man bis dahin allgemein angenommen habe, belegt dieselbe aus der Literatur und durch eigene neue Beobachtungen. Solitäre kleine Schleimpolypen neigen nicht zu Recidiven, multiple und rasch wachsende dagegen sehr. Zur Entfernung empfiehlt H. seine bimanuelle Methode. LANDGRAF.

22) **Kafemann. Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn S.-R. Dr. Hopmann über „Nasenpolypen unter 16 Jahren".** *Berliner klinische Wochenschrift. 1892. No. 41.*

23) **Hopmann. Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Kafemann in No. 41.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. Nö. 44.*

K. erkennt an, dass Schleimpolypen der Nase bei Kindern unter 16 Jahren keineswegs selten sind. Für nicht zutreffend aber hält er den Satz Hopmann's: „Die von mir unterschiedenen hauptsächlich zur Beobachtung kommenden drei Formen der nasalen Polypen, Schleim-, Fleisch- und Himbeerpolypen, finden sich sich auch bei Kindern, doch weit überwiegend die Schleimpolypen", und führt gegen diesen Satz an, dass er unter 2238 Kindern von 6—14 Jahren 27 Himbeerpolypen, aber keinen Schleimpolypen fand.

Demgegenüber hält H. an seiner Behauptung fest, indem er auf die Schwierigkeit der Nomenclatur blos auf Grund von Spiegel- und Sondenuntersuchung hinweist. LANDGRAF.

24) **Fouad Aclimandos. Fibröse Schleimpolypen der hinteren Nase. (Des polypes fibro-muqueux des arrière-narines.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Die fibrösen Schleimpolypen des hinteren Theiles der Nase haben ein besonderes Aussehen. Die histologische Untersuchung derselben ergiebt, dass sie zusammengesetzt sind aus myxomatösem Gewebe und aus Bindegewebe. Das letztere bildet ein subepitheliales Lager, auf dem direct die Flimmerepithelschicht mit den geschichteten Zellen aufliegt, analog dem Epithel der Riechschleimhaut. Unterhalb der Bindegewebsschicht befindet sich ein Gewebe, das unmerklich die Structur von Schleimgewebe annimmt; rein findet dieses sich dann im Centrum der Geschwulst. Von Gefässen sind zu sehen vor Allem kleine Arterien mit embryonalen Wänden, besonders in der Gegend des Stiels; im Centrum und nach dem geschwollenen Endtheil des Tumors zu werden diese sehr spärlich und fehlen selbst ganz. Drüsen fehlen, in einzelnen, aber sehr seltenen Fällen hat man Spuren von ihnen in dem Stiel gefunden. Nerven fehlen ganz, niemals beobachtet man cystische Entartung, fettige Degeneration oder Blutergüsse, weder diffuse noch circumscripte. Man könnte danach, unter einer gewissen Reserve bezüglich der myxo-adenomatösen Natur der Tumoren, das Zusammenvorkommen dieser beiden Gewebe, des fibrösen und myxomatösen, das in Geschwülsten im Allgemeinen selten ist, aus der von Panas beschriebenen und näher studirten fibrösen Structur der hinteren Nase erklären. Die fibro-

mucösen Polypen der hinteren Nase behalten während der ganzen Dauer ihres Bestehens von Beginn ihrer Entwickelung an diese Form, die wir oben beschrieben haben; sie sind darum auch nicht als fibröse Geschwülste aufzufassen, die man in einem frühen Stadium ihrer Entwickelung zum Fibrom hin exstirpirt hat. Niemals beobachtet man auch ihre Umwandlung in eine maligne Geschwulst, wie sie bei anderen Neoplasmen vorkommt.

Die Symptome, welche diese fibro-mucösen Polypen machen, sind nur diesen Geschwülsten eigenthümlich; sie nähern sich bisweilen dem Bilde, das die nach hinten gelegenen Schleimpolypen geben, behalten aber dabei doch ihre besondere Physiognomie. Schwierig zu erkennen und sehr häufig auch gerade ihres Sitzes wegen verkannt, wie sie sind, schreiben wir ihnen in Uebereinstimmung mit anderen Autoren, unabhängig von den durch ihren Sitz bedingten Eigenthümlichkeiten, eine voluminösere Form zu, als sie die Schleimpolypen haben, ferner eine von der der gewöhnlichen Schleim- und Nasenrachenpolypen ganz verschiedene Färbung. Sie bluten nicht und das ist eine ihrer hervorstechendsten Eigenthümlichkeiten, sie werden nicht beeinflusst von dem Wechsel der Temperatur und des Wetters; sie verursachen einen Ausfluss aus der Nase, der manchmal erst auf ihre Spur führt und der sie sehr charakterisirt; ihre Entwickelung ist eine langsame (im Mittel zwei Jahre); sie deformiren niemals oder doch fast nie die Nasenhöhle; ihre Entwickelung wird nie durch irgend welche Zufälle, auch nicht durch gutartige, gestört; sie treten im jugendlichen Alter (4 Jahre), bei Erwachsenen und auch im Greisenalter auf.

Ihre Prognose ist eine ziemlich günstige. Es ist nöthig, die fibro-mucösen Polypen des hinteren Theiles der Nase als solche zu erkennen, weil bei ihnen ein gewisses Missverhältniss besteht zwischen ihrer Grösse, die manchmal beträchtlich ist, und den Symptomen, die sie hervorrufen. Ihre Erkennung ist aber eine schwierige, weil sehr oft neben ihnen Schleimpolypen der vorderen Nase bestehen; oft aber findet man sie auch vereinzelt, in den Pharynx hinabhängend, wo sie als Nasenrachenpolyp imponiren. Man erkennt aus dem Gesagten, dass man ihre Diagnose mit Recht fordern muss, denn sie sind von anderen Polypen wesentlich verschieden und erfordern auch eine ganz verschiedene Behandlung.

Die Therapie besteht vor Allem in der Exstirpation des Tumors mittelst der kalten Schlinge, zum Beispiel nach der Methode von Wilde, der ein Instrument mit biegsamem Stiel benutzt; im Uebrigen ist die Methode je nach dem besonderen Fall zu wählen und richtet sich nach der Lage und der Grösse der Geschwulst; manchmal wird man mehrerer Sitzungen bedürfen, oft wird man in einer auskommen. Die Exstirpation selbst ist leicht. Der fibro-mucöse Polyp recidivirt nicht oft, besonders dann nicht, wenn man die Schnittfläche am Stiel cauterisirt. Immerhin ist diese Vorsichtsmassregel am Platze, erst sie giebt eine gewisse Sicherheit gegen das Recidiviren der Geschwulst. J. BARATOUX.

25) **W. Landgraf** (Berlin). **Cyste der mittleren Muschel der rechten Nasenhälfte.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 4.*

Demonstration des Präparates in der Berliner laryngologischen Gesellschaft.

LANDGRAF.

26) **H. Chatellier. Cysten infolge von glandulärer Retention in den vorderen Theilen der Nasenhöhle. Zwei Fälle. (Kystes par retention glandulaire de la partie anterieure des fosses nasales. Deux observations.)** *Archiv. internat. de laryng., de rhinol. et d'otologie. Bd. V. No. 2. 1892.*

In dem ersten Fall handelt es sich um eine in dem Nasenflügel, auf der rechten Seite, gelegene Cyste, verursacht durch die Retention der Drüsenflüssigkeit. Der Verf. entleerte die Cyste zum ersten Male mittelst der Pravaz'schen Spritze. Kurze Zeit darauf füllte die Cyste sich von Neuem und der Operateur musste dies Mal ihre ganze Fläche mit dem Galvanokauter abbrennen.

In dem zweiten Falle verschwand die Cyste infolge von Sublimatinjection.

E. J. MOURE.

27) **W. D. Babcock. Cystom der Nase. (Cystoma of the nose.)** *Southern California Practitioner. August 1892.*

Der Fall betrifft einen zehnjährigen Knaben; B. entfernte eine Anzahl Polypen und fand 4 Jahre darauf den Raum erfüllt von einer Geschwulst, die sich bei der Exstirpation als Cyste erwies. 6 Monate später Recidiv und erneute Exstirpation.

Der Ursprung der Cyste war die Aussenseite der mittleren Muschel. Cysten der Nasenschleimhaut sind nicht gewöhnlich und ein Recidiviren derselben ist überhaupt noch nirgends erwähnt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Roswell Park. Angiofibrom der Nase. (Angio-fibroma of the nose.)** *Phil. Med. News. 8. October 1892.*

Der Fall, der sonst keine besondere Bedeutung besitzt, ist zweifellos eigenthümlich und ungewöhnlich; offenbar bestand ursprünglich ein Naevus oder Angiom und infolge der starken Vascularisation und der gesteigerten Ernährung des ganzen Gebietes kam es dann zu einer Hypertrophie oder, genauer gesprochen, zu einer Hyperplasie des benachbarten Gewebes. Der daraus resultirende Tumor war gemischt, zu einem Theil bestehend aus Gefässen, zum andern aus fibrösen Elementen; er kann danach mit Recht als Angio-Fibrom bezeichnet werden.

LEFFERTS.

29) **H. P. Bellows. Ein Fall von Angiom der Nase. (A case of nasal angioma.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. October 1892.*

Der Fall unterscheidet sich von den meisten der 10 anderen, die B. in der Literatur aufzufinden vermochte, darin, dass Patient eine Frau war in mittleren Jahren. Eine reizende Ursache liess sich nachweisen, nämlich vieles Bohren in der Nase; die Tendenz zum Recidiviren war, wie sich nach der vollständigen Exstirpation zeigte, eine erhebliche. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **S. G. Dabney. Myxom der Nase und Fibromyxom des Nasenrachenraums. (Myxoma of the nose and fibromyxoma of the naso-pharynx.)** *Medical and Surgical Reporter. 22. October 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

31) **Castex. Rhinosklerom. (Rhinosclérome.)** *Revue de laryngologie. 15. März 1892.*

Eine allgemeine Studie über diese interessante Affection, die wahrscheinlich parasitären Ursprungs ist und in Oesterreich und Ungarn besonders häufig vorkommt. Das Rhinosklerom kommt fast niemals zur Ulceration; sein Verlauf ist langsam und progressiv, das Allgemeinbefinden bleibt dabei stets gut. Die beste Therapie besteht in der Exstirpation, wenn die Sache noch begrenzt ist, und in der einfachen Dilatation, wenn sie das nicht mehr ist. E. J. MOURE.

32) **W. G. T. Story** (Dublin). **Rhinosklerom. (Rhinoscleroma.)** *Dublin Journal of Med. Science. Sept. 1892.*

Enthält nichts den Lesern des Centralblattes nicht bereits Bekanntes.

P. MC BRIDE.

33) **E. Stepanow** (Moscau). **Zur pathologischen Anatomie und Histologie des Rhinoscleroms. (K pathologitscheskoi anamomii u histologii rhinoscleromi.)** *Med. obosr. 1892. No. 18.*

St. hat 2 Fälle von Rhinosclerom beobachtet, wovon der eine zur Section kam und sich als Rhino-pharyngo-laryngo-tracheo-Sclerom herausstellte. Eine genaue und systematische makro- und mikroskopische Untersuchung der Athmungswege, angefangen vom Naseneingang bis zur Mitte der Trachea, führt den Verf. zu folgenden Resultaten:

Die Praedilectionsstellen des Scleroma sind der knorpelige Theil der Nase, die Gegend am Eingang in den knöchernen Theil der Nasenhöhle, die Choanen und der Kehlkopf unterhalb der Stimmritze. Diese Stellen haben alle das gemeinsam, dass sie alle normal mehr oder weniger verengte Stellen der oberen Luftwege vorstellen und Uebergänge von Pflaster- in Flimmerepithel bilden. Jede dieser Stellen erkrankt isolirt und nicht per continuitatem durch Ausbreitung von der einen Stelle auf die andere. Als Ausgangspunkte der Erkrankung muss das Grenzgebiet zwischen der knorpeligen und knöchernen Nase betrachtet werden, dann der hintere Rand der Nasenscheidewand, vielleicht auch überhaupt der Rand der Choanen und die Stimmbänder unterhalb der Stimmritze. Welcher Theil in dem vom Verf. untersuchten Falle zuerst erkrankt war, lässt sich selbst nach der Section schwer entscheiden. Es schien blos wahrscheinlich zu sein, dass im Cavum pharyngonasale das Sclerom sich am spätesten entwickelt hatte. Die Erkrankungen der Nase und des Kehlkopfs konnten zu derselben Zeit erfolgt sein. Dieser Fall kann klinisch als typischer Fall der Störk'schen Blenorrhoe angesehen werden und beweist, wie schon viele anderen, dass die Störk'sche Larynxblenorrhoe als Krankheit sui generis nicht vorkommt, sondern blos ein Sclerom der oberen Luftwege ist.

Auf eine genaue Wiedergabe der sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung können wir hier nicht eingehen und wollen nur Einiges hervorheben, was im Widerspruch mit den früheren Angaben steht.

In der Höhe des 6. Trachealringes fanden sich einige Knorpel- und Knocheninselchen, die unmittelbar auf dem verdickten Perichondrium sassen. Der Zu-

sammenhang dieser Knorpelinselchen mit dem darunter liegenden Knorpel liess sich jedes Mal nachweisen, was Stroganow nicht gelungen war.

In einzelnen Zellen der tieferen Schichten der Epithels der Nasenschleimhaut bilden sich Vacuolen, von welchen einige grosse Mengen von Bacillen enthalten. Hinsichtlich des Baues und der Entwickelung der Mikulicz'schen Zellen stimmt Verf. vollkommen mit Wolkowicz, Mibelli und Paltauf überein. Keinmal gelang es, eine runde Zelle zu finden mit 1 oder 2 Bacillen ohne gleichzeitige Veränderungen im Protoplasma der Zelle. Die Bacillen vermehren sich stark, das Protoplasma wird zur Peripherie gedrängt, und wie es scheint, platzt zuletzt die Zelle und die Bac. gelangen nun in die anderen Zellen, aber nicht unmittelbar, sondern in Form von neuen Generationen von jungen und ganz kleinen Bacillen; denn sonst müsste man Zellen mit 1 oder 2 entwickelten Bacillen häufig finden. Das Schicksal der Bacillen in den runden Zellen ist ein verschiedenes und abhängig von ihrer Lebensfähigkeit und vom Widerstande von Seiten der Zelle, vielleicht auch abhängig ven äusseren Umständen, wie die Behandlung mit Milchsäure, Druck u. s. w. In einem Falle vermehren sich die Bacillen, zerstören die Zelle und wandeln dieselbe in eine Bacillencolonie um; in anderen Fällen beginnt die Zelle hyalin zu degeneriren, das Hyalin schliesst die Bacillen ein und macht ihrem ferneren Wachsthum ein Ende.

Man kann diese hyaline Degeneration als eine Art vis medicatrix naturae ansehen, welche dem ferneren Wachsthum der Bacillen Schranken setzt. Dabei sei nicht gesagt, dass alle hyalin degenerirten Zellen ihre Entstehung den Sclerom bacillen verdanken. Sie scheinen vorzukommen in Geweben, die sich in einem chronischen Reizzustande, gleichviel aus welchem Grunde, befinden.

Die bacillentragenden Hyalinkugeln lassen sich von den bacillenlosen durch Farbenreaction unterscheiden, indem sie sich viel intensiver als letztere mit Carbol-Fuchsin färben. LUNIN.

34) **E. Baumgarten** (Pest). **Ein Fall von Rhinosclerom.** Gesellschaft der Aerzte in Budapest 5. November 1892. — *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 46.*

B. stellte einen Fall von Rhinosclerom vor, der nur die Naseneingänge betraf; zur Behandlung verwendete er Dilatation, da die Exstirpation nicht lange Zeit Hilfe bringe.

Havas bezweifelt, ob der Bacillus B.'s die Ursache sei. Török fragt, ob nicht auch Ozaena durch denselben Bacillus verursacht sei. Bakori fragt, ob bei R. Injectionen keinen Erfolg haben. CHIARI.

35) **Strohe** (Köln). **Ueber die Sarcome der Nasenhöhle.** Dissertation, Bonn 1892.

Bericht über 2 in der Klinik von Trendelenburg behandelte Fälle.

1. Fall: 52 jähriger Mann mit Rundzellensarkom der linken Nasenhöhle. Operation; einige Monate später Exitus.

2. Fall: 42 jähriger Mann. Spindelzellensarkom der rechten Nasenhöhle. Operation; nach 4 Wochen Recidiv. SEIFERT.

36) **Hellat** (Petersburg). **Heilung eines Falles von Sarcom der Nase nach Injectionen von Pyoctanin.** *Petersb. med. Wochenschr. 1892. No. 47.*

H. stellt im Verein St. Petersburger Aerzte einen Patienten von 70 Jahren vor, der an einem grossen, schmutzig röthlichen, leicht blutenden Tumor der linken Nasenhälfte, mit metastatischen Schwellungen der Submaxillardrüsen gelitten hatte. Der Tumor wurde aus der Nase mit der Schlinge entfernt und in die, bis hühnereigrossen, geschwellten Lymphdrüsen, Pyoctan. flav. 1 : 300 injicirt.

Nach 14 Tagen waren die beiden Unterkiefermetastasen geschwunden. Die noch in der Nase übrig gebliebenen Tumormassen wurden mit Pyoctaninpulver bestreut, worauf sie bis auf einen unbedeutenden Rest schwanden. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Stücke soll ein kleinzelliges Rundzellensarkom ergeben haben.

LUNIN.

37) **R. Dreyfuss. Die malignen epithelialen Tumoren der Nasenhöhle. (Les tumeurs malignes epitheliales des fosses nasales.)** *Archiv. internat. de laryng., de rhinol. et d'otologie. V. No. 2. 1892.*

Bericht über einen Fall von Carcinom der Nasenhöhle, in dem Verf. die Exstirpation vornahm und den Tumor mikroskopisch untersuchte. Der Verf. studirt dann weiterhin die Geschichte des Carcinoms, wobei er sich auf eine am Ende seiner Arbeit tabellarisch dargestellte Casuistik stützt. Die Arbeit greift mit Erfolg ein Kapitel der Pathologie wieder auf, das man bisher zu sehr vernachlässigt hat.

E. J. MOURE.

38) **Dreyfuss** (Strassburg i. E.). **Die malignen Epithelialgeschwülste der Nasenhöhle.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 36, 37, 38 u. 40.*

Zunächst beschreibt D. einen Fall von Carcinoma des Siebbeins und der rechten Nasenseite, dessen Diagnose er erst nach 2monatlicher Beobachtung machen konnte, da er früher immer an Caries des Os ethmoideum denken musste. Die Patientin erlag endlich nach weiteren 2 Monaten, nachdem D. den Sinus sphenoidalis frontalis und einige Siebbeinzellen eröffnet hatte. Die Diagnose war erschwert durch die seit 30 Jahren bestehende Ozaena. D. glaubt, dass das Carcinom sich entweder aus den alten Granulationen oder aus dem metaplasirten Epithel gebildet habe. Dann folgt eine kritische Besprechung der bis jetzt histologisch als Krebs diagnosticirten 12 Fälle und ein kurzer Abriss über die besonderen Eigenschaften des Carcinoms der Nasenhöhlen. Es kommt nur nach dem 40. Lebensjahre vor und überhaupt nur sehr selten, nach Gurlt unter 9554 Carcinomen nur 4mal. Spontane Blutung ist selten und meist schwach, ganz im Gegensatze zu gewissen Sarcomen. Die regionären Lymphdrüsen werden selten und spät inficirt. Fötide Secretion, Schmerzen, Durchwachsen in das Gehirn und Lähmung von nahe liegenden Nerven sind auch bei Sarcom häufig. Die Diagnose durch Inspection ist meist sehr schwer. Die Therapie besteht in Radical-Exstirpation, die aber selten völligen Erfolg haben dürfte. Recidive sind häufig. Einige Literaturangaben bilden den Schluss der fleissigen und werthvollen Arbeit.

CHIARI.

39) **J. Leonard Corning. Die Localisation der Wirkung von Arzneimitteln auf das Gehirn durch intranasale Medication und Compression der Venae jugulares internae. (The localization of the action of remedies upon the brain by intranasal medication and compression of the internal jugular veins.)** *N. Y. Med. Record. 31. Dec. 1892.*

„Es giebt ein Organ, das ausnehmend gut placirt ist mit Rücksicht auf die Möglichkeit, die Wirkung von Arzneimitteln darauf zu concentriren, ich meine das Gehirn und ganz besonders seine Rindenschicht. Um zu würdigen, wie richtig dieses ist, muss man folgende Thatsachen nebeneinanderhalten:

1. Dass die hauptsächliche Blutversorgung der Rinde abhängt oder doch zum grössten Theile abhängt von dem unbehinderten Strömen des Blutes durch die Carotiden und die Jugularvenen. Darum ist, wenn die Circulation in einem oder in beiden dieser Gefässpaare gehemmt oder nur theilweise gehemmt ist, etwa durch Compression, die Function der Rinde direct gestört, wie sich dies ja auch in der Gedankenverwirrung, der Benommenheit und selbst Bewusstlosigkeit, die erfolgen, ausspricht.

2. Es ist seit lange bekannt und eine in der medicinischen Literatur oft schon ausgesprochene Thatsache, dass Chemikalien, besonders in flüssigem Zustand, auf die Schleimhaut der Nasenhöhle gebracht, schnell resorbirt werden und dabei ihre charakteristischen physiologischen Wirkungen hervorrufen. So hat man Calomel in die Nase eingeblasen und nach kurzer Zeit starken Speichelfluss beobachten können. Narcotische Substanzen, besonders Morphium und Cocain sind ebenfalls auf die Nasenschleimhaut applicirt worden und haben in kurzer Zeit ihre eigenartige Wirkung entfaltet. Die Wirkungen, die man auf diese Weise auf das Centralnervensystem und besonders auf das Hirn durch Anwendung der letztgenannten Droguen hervorruft, sind den Rhinologen gut bekannt.

Die vernünftigste und allgemein angenommene Erklärung für die rasche Wirkung der Narcotica bei ihrer Anwendung auf diesem Wege ist die, dass die Resorption des Mittels oder wenigstens des grösseren Theils des Mittels erfolgt durch die Gefässe, welche die Lamina cribrosa durchbohren. Lassen wir diese Hypothese gelten, dann wird es verständlich, dass die durch die Schleimhaut der Nasenhöhle beigebrachten Mittel das Cerebrum und ganz besonders die Hirnrinde in einem concentrirteren Zustande erreichen, als wenn sie in einer grösseren Entfernung, sei es subcutan, sei es per rectum, oder durch den Magen aufgenommen wären. Und selbst wenn die Menge des medicamentösen Stoffes, die resorbirt wird, nicht gross ist, so muss ihre gesteigerte Concentration am Orte der Wirkung (Cerebrum) nothwendigerweise in einem unverhältnissmässig starken physiologischen Effect sich äussern.

Hierin finden wir auch eine Erklärung für die bemerkenswerthen cerebralen Symptome, die oft durch hervorragend kleine Mengen medicamentöser Substanzen, die gelöst in's Auge oder auf die Conjunctiva gebracht wurden, hervorgerufen werden.

3. Es ist eine Thatsache, dass wenn man narcotische Flüssigkeiten in der beschriebenen Weise in die Nasenhöhle einführt und kurz nachher den Blutstrom

in den Jugularvenen durch Druck an den entsprechenden Stellen am Halse erheblich verzögert, dass man dann die Wirkung des gegebenen Mittels in merkbarer Weise verstärken und verlängern kann."

Am Schluss beschreibt der Verf., wie ihm dies einfache Verfahren oft praktisch von Werth gewesen ist und fügt einige Krankengeschichten zur Erläuterung bei. LEFFERTS.

40) T. Heryng. **Die Electrolyse und ihre Anwendung bei Erkrankungen der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs. (Elektroliza w zastosowaniu do cierpien nosa, gardziela i krtani.)** *Przeglad lekarski. 1892. No. 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13.*

Dieselbe Arbeit, etwas erweitert, ist im Jahre 1893 im 1. und 2. Heft der Therapeutischen Monatshefte, mit besonderer Berücksichtigung der Larynxtuberculose, publicirt worden. T. HERYNG.

41) Lahmann. **Innere Nasenmassage.** *Allgemeine medic. Central-Zeitung. 757. 1892.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

42) W. Anton (Prag). **Erfolge der inneren Schleimhautmassage bei chronischen Erkrankungen der Nase.** *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 49.*

Die versuchsweise Anwendung bei 20 Fällen veranlasste A. zu folgendem Urtheile:

1. Bei einfachen Formen des chronischen Nasencatarrhes, wo sich der Process auf Verdickung der Mucosa beschränkt, hat die Vibrationsmassage eine befriedigende Wirkung ergeben.

2. Zweifelhaft erscheint der Heilerfolg bei der atrophischen nicht fötiden Form des Nasencatarrhes und bei Ozaena, da bei der ersteren mit Aussetzung der Behandlung die erreichte Besserung schwindet, bei letzterer die Massage ohne gleichzeitige Ausspülung die Krustenbildung und den Fötor nicht zu beseitigen vermag.

3. Beim hypertrophischen Catarrh hat Autor eine Besserung des Zustandes durch diese Behandlungsweise nicht eintreten sehen. CHIARI.

43) Grünwald. **Demonstrationen und Mittheilungen zur Rhinochirurgie.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 11. 1892.*

Folgeerscheinungen der Nebenhöhleneiterungen sind Polypen, ferner ein Symptomencomplex wie Ozaena, die aber oft nichts ist als eine Nebenhöhleneiterung; auch manche Fälle von cerebro-spinaler Meningitis mögen mit der Nase in Zusammenhang stehen; vielleicht auch die Hemiatrophia facialis in Folge von Erkrankung des Ganglion sphenopalatinum. Die Diagnose der Kieferhöhleneiterung stützt sich auf die Probedurchspülung durch die natürliche Oeffnung oder durch eine Eröffnung vom unteren Nasengang aus; die Durchleuchtung ist ein problematisches Mittel, dagegen werthvoll bei Geschwülsten. Die Behandlung besteht in breiter Eröffnung von der Fossa canina aus oder bei kranken Zähnen von den Alveolen aus mit nachfolgender Jodoformgazetamponade eventuell Aus-

kratzung der Höhle. Ist die Tamponade nicht möglich, dann kommen Ausspülungen in Anwendung mit Pulverinjection; Grünwald nimmt Jodoformäther mit Zusatz von Natr. subsulfurosum. Bei Empyem der Siebbeinzellen Entfernung des kranken Knochens mit eigens construirten Knochenzangen, scharfen Löffeln. Bei Gefahr des Durchbrechens der Orbita Eröffnung des Siebbeinlabyrinthes durch einen unter den Augenbrauen geführten Schnitt. Keilbeineiterungen wurden 11 beobachtet; zur Diagnose dienen genaue Messungen der Distanz der erkrankten Höhle vom Introitus narium; das Durchschnittsmaass beträgt 7,9 cm. Die Behandlung besteht in breiter Eröffnung mit der Knochenzange und scharfem Löffel, Auskratzung und Jodoformtamponade. Combinationen der verschiedenen Höhlenerkrankungen sind sehr häufig. SCHECH.

44) **Victor Lange. Congenitaler Verschluss der rechten Choane; Operation durch Galvanocaustik; Tod 6 Tage nach der Operation.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892. No. 29.*

Einem kräftigen 19jährigen Manne, dessen rechte Choane durch eine oben knöcherne, unten häutige Platte verschlossen war, wurde dieselbe in Chloroformnarcose galvanocaustisch durchbrannt. Als Ursache des 6 Tage später erfolgten Todes nimmt L. eine Sinusthrombose an. LANDGRAF.

45) **Christopher Heath** (London). **Die Chirurgie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. (The surgery of the nose and accessory cavities.)** *Brit. Med. Journ. 3., 10.. 17. Dec. 1892.*

Der Artikel giebt einen Auszug aus der Bradshaw lecture, die Verf. am 1. December vor dem Royal College of Surgeons of England hielt. Redner gab eine Uebersicht über die verschiedenen Zustände in der Nase, die eine chirurgische Therapie erfordern und betont, dass der Allgemeinchirurg wenig Nutzen aus den Erfahrungen der Specialisten gezogen hat. In scharfen Worten geisselt er die übertriebene Operationslust in der Nasenchirurgie, wie sie gewisse Specialisten vertreten und stimmt der Ansicht zu, dass die Rhinologie in Misscredit gerathen muss, wenn der operative Eifer nicht in weitem Umfange gemässigt wird. MACKENZIE-JOHNSTON.

46) **Ed. Aronsohn. Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanokaustischen Operationen in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 29, 30.*

A. räth nach galvanocaustischen Operationen in der Nase unmittelbar und an den folgenden Revisionstagen Dermatol einzublasen und will damit den Zweck: Milderung der Reactionserscheinungen, Vorbeugung von Verwachsungen und neuen Entzündungsprocessen sicher erreichen. LANDGRAF.

47) **A. de Vilbiss. Sägen und ihre Anwendung in der Nasenchirurgie. (Saws and their application in nasal surgery.)** *Journal Am. Med. Assoc. 29. Octob. 1892.*

Der Artikel giebt in der Hauptsache nur eine Beschreibung einer vom Verf. erfundenen Säge. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **W. P. Brandegle. Eine Combination von Nasenrachenraumspray und Gaumenzurückzieher. (A combined post nasal spray and palate retractor.)** *N. Y. Med. Record. 12. November 1892.*

Der Verf. hat einfach einen gewöhnlichen Silberspatel auf die obere Fläche eines Metallsprayrohrs für den Nasenrachenraum befestigt. Der Spray wird mittelst comprimirter Luft getrieben. LEFFERTS.

49) **John Dunn. Eine neue Nasenzange. (A new pair of nasal scissors.)** *N. Y. Med. Journ. 26. Nov. 1892.*

Diese Zange für den Nasenrachenraum hat einen Handgriff ähnlich dem der Löwenberg'schen Zange, nur leichter. Das Schloss ist das französische. Nahe den Fingerringen ist eine Hemmungsvorrichtung zur Vermeidung eines Zuweitgreifens der Blätter. Die beiden Branchen sind $^3/_4$ Zoll lang, leicht gekrümmt mit einer Concavität nach vorn und an der Spitze abgerundet. LEFFERTS.

50) **Suarez de Mendoza. Unzuträglichkeiten der Nasendouche. (Inconvenients de la douche nasale.)** *Revue de laryngol. 15. Mai 1892.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit, dass sich eitrige Mittelohrentzündungen nach nasalen Irrigationen entwickeln, wenn man die letzteren vornimmt, während der Abfluss nicht ganz frei ist. E. J. MOURE.

51) **Bloebaum. Ein Ersatz für die Nasendouche. (A substitute for the nasal douche.)** *N. Y. Med. Record. 12. Nov. 1892.*

B. verwendet die Douche nicht mehr zur Entfernung von Krusten aus der Nase. Er dreht einfach ein langes dünnes Stück Watte um eine Stricknadel, führt diese in die Nase ein und zieht die Nadel heraus, während der Wattebausch darin bleibt. Ebenso wird ein zweites und drittes Stück Watte eingeführt, bis die Nasenhöhle ganz voll ist. Darauf wird auf der anderen Seite ebenso verfahren. Im Verlauf einer Viertelstunde beginnt die Schleimhaut reichlich zu secerniren und wenn die Watte dann herausgezogen wird, findet man sie durchtränkt von Secret, auf ihr liegen die Krusten und die Nasenhöhle erscheint sauber und rein, so dass man jetzt sein Medicament appliciren kann. B. benutzt dazu niemals wässrige Lösungen, sondern Salben, die in die Nasenschleimhaut eingerieben oder Pulver, die eingeblasen werden. LEFFERTS.

52) **Sir W. B. Dalby** (London). **Nasendouche oder Nasenspritze. (Nasal douche or nasal syringe.)** *Lancet. 31. Dec. 1892.*

In einer Besprechung der Barr'schen Arbeit sagt der Verf., dass er niemals die Nasendouche benutzt und dass er die Nasenspritze bei sorgfältiger Benutzung nicht für gefährlich im Sinne einer Beschädigung des Ohres hält.

MACKENZIE-JOHNSTON.

53) **R. Kafemann** (Königsberg i. Pr.). **Rhinoscopia posterior oder Digitalexploration?** *Therap. Monatsh. 1892. Heft 11.*

K. giebt bei kleinen Kindern der Palpation vor der postrhinoskopischen Untersuchung den Vorzug; aber bei grösseren, insbesondere bei Erwachsenen zieht er — gegenüber Ziem — nicht bloss für die Untersuchung, sondern auch für

die Operation der aden. Wucherungen letzteres vor. Sie ist auch nothwendig für die Trennnng von Brücken zwischen Tubenwulst und Rachenmandel, für die Vervollkommnung der Vorstellung von Tumoren, durch die Erkennung der Farbe u. a. m.; nach der tactilen Seite hin ersetzt die Sonde den Tastsinn. — Cysten sind nach K. eine keineswegs seltene Erscheinung. Die Palpation ist zwar eine beachtenswerthe Untersuchungsmethode auch für den Nasenrachen, aber keineswegs von der Bedeutung, die ihr Ziem beilegt. A. ROSENBERG.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Stephen Paget** (London). **Grosse congenitale Cyste unterhalb der Zunge. (Large congenital cyst beneath the tongue.)** *British Medical Journal. Mai 21. 1892.*

In der Sitzung der Pathological Society of London, am 17. Mai 1892, zeigte Paget das Präparat, welches von unterhalb der Zunge eines kleinen Mädchen entfernt worden war. Die Geschwulst, welche weit aus dem Munde herausreichte, hatte das Kind bei seiner Geburt fast erstickt. Sie wurde sofort punktirt, und fast ein Wasserglas voll klarer seröser Flüssigkeit aspirirt. Während des ersten Lebensjahres des Kindes musste diese Procedur zu wiederholten Malen vorgenommen werden. Schliesslich hing die Geschwulst in Gestalt einer grossen birnförmigen Masse, die von dicker, spröder Haut bedeckt war, bis zum Sternum herunter. Die Schleimhaut des Mundes war bis zum Niveau der Zunge emporgehoben, der Unterkiefer abgeplattet und nach aussen und unten rotirt. Die Cyste wurde von der Zunge oben und dem Mundboden unten abgelöst und leicht entfernt. Gegenwärtig konnte das Kind fast seinen Mund schliessen und der Unterkiefer nahm allmälig seine normale Gestalt an. Weder innerhalb der Cyste noch um sie herum fand sich irgend welche feste Neubildung. Ihre Wandungen bestanden aus einfachem fibrösem Gewebe, das nicht mit Epithel bekleidet war. Die Cyste war daher weder dermoider Natur noch ein Cystenhygrom, und wahrscheinlich von derselben Natur wie die von Mr. Hutchinson beschriebene „Hydrocele des Halses". SEMON.

55) **V. H. W. Wingrave** (London). **Zungengeschwür. (Ulcer of tongue.)** *Brit. Med. Journ. Dec. 24. 1892.*

Seit zehn Jahren bestand ein scharf begrenztes Geschwür an der Spitze der Zunge eines 50 jährigen Mannes. Antisyphilitische Behandlung hatte keine Besserung hervorgebracht. Der Vortragende hielt das Geschwür für tuberculös, obwohl sonst keine definitiven Anzeichen für Tuberculose vorlagen.

SEMON.

56) **Charles A. Martin** (Clifton). **Tuberculöse Ulceration der Zunge mit Demonstration von Bacillen. (Tubercular ulceration of the tongue with sections showing bacilli.)** *Brit. Med. Journ. Jan. 9. 1892.*

Demonstration vor der Pathological Society of London am 5. Januar 1892.

Der Patient war ein 55 jähriger Mann. Das Geschwür befand sich an der Spitze der Zunge und war aus der Coalescens mehrerer kleinerer Geschwüre hervorgegangen. Es war weniger indurirt als dies bei bösartigen Geschwülsten gewöhnlich der Fall ist. Die submaxillaren Drüsen waren verkäst und gleichzeitig war vorgeschrittene Lungen- und Kehlkopftuberculose sowie Tuberculose einer Epididymis vorhanden.

Gleichzeitig zeigte der Vortragende ein anderes ähnliches Präparat von einem 34jährigen Manne.

Die Diskussion förderte nichts Bemerkenswerthes zu Tage. SEMON.

57) **Morison** (Newcastle). **Ichthyosis der Zunge. (Ichthyosis of the tongue.)** *Brit. Med. Journ. 20. Februar 1892.*

Vorstellung des Pat. in der Northumberland und Durham Medical Society.

MACKENZIE JOHNSTON.

58) **J. Reverdin** et **F. Buscarlet** (Genf). **Makroglossie durch Hämangiom. (Macroglossie par angiome sanguin.)** *Revue méd. de la Suisse romande. H. 11. 1892.*

Das 8jährige gesunde Kind hatte schon bei der Geburt eine dunkelfarbige Zunge und einen ebensolchen Punkt an der Unterlippe. Gegen das 7. Jahr zu wuchs der vordere Theil der Zunge zu einer theilweise aus dem Munde hervorragenden Gefässgeschwulst von 9 cm Länge, 7 cm Breite und 18 cm Umfang an. Die Abtragung wurde in 2 Acten vollführt. Zuerst Unterbindung der Zungenarterien und 6 Tage später Abtragung des Tumors unter sehr geringer Blutung. Der Erfolg der Operation war ein guter, nur zeigte sich nach ca. einem Jahre in der Narbe etwas angiomatöses Gewebe, welches durch Elektrolyse vermindert aber wegen Ausbleibens des Patienten bis jetzt nicht endgültig zerstört werden konnte. Die anatomische Untersuchung zeigte, dass sich zwar auch lymphangiomatöses Gewebe entwickelt hatte, dass dieses aber secundär und die Geschwulst ein reines Blutangiom war, dass es also neben der musculären und lymphangiomatösen Makroglossie auch eine solche durch Blutgefässgeschwulst giebt.

JONQUIERE.

59) **Ortiz de la Torre** (Madrid). **Zungentrichinose. (Triquinosis de la lengua.)** *Revista de Medicina y Cirugia Practicos. 1. März 1892.*

Einem 50jähr. Manne wurde die Zunge amputirt, da man ein Epitheliom derselben diagnosticirt hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung stellte es sich heraus, dass es sich um eine Trichinenkapsel handelte; der Irrthum hatte nichts zu bedeuten, da man auch bei richtiger Diagnose hätte zur Operation schreiten müssen. GONGORA.

60) **Bidwell** (London). **Schwellung der rechten Zungenhälfte. (Swelling on the right side of the tongue.)** *British Med. Journal. March 20. 1892.*

Demonstration einer 45jährigen Frau vor der West London Medical Chirurgical Society, welche an einer obscuren Schwellung der rechten Zungenhälfte litt, die der Vortragende für eine ungewöhnliche Form von Zungenkrebs hielt, obwohl die Möglichkeit einer syphilitischen Affection oder eines tiefsitzenden

Abscesses nicht ausgeschlossen war. Er beabsichtigte zunächst eine explorative Punction zu machen und eventuell die Schwellung zu excidiren. SEMON.

61) **Bruce Clarke** (London). **Zungenepitheliom. (Epithelioma of the tongue.)** *Brit. Med. Journ. Feb. 27. 1892.*

Demonstration des Patienten vor der Medical Society of London am 22. Februar 1892. Der Hauptpunkt von Interesse lag darin, dass der Krebs aus einem unzweifelhaften Gumma hervorgegangen war. Als der Vortragende den Patienten wiedersah, war die Geschwulst nicht mehr operirbar, er beabsichtigte, einen Versuch mit der Injection von Anilinfarben zu machen.

Mrs. Marmaduke Sheild und Watson Cheyne bemerkten, dass sie Anilin- und Pyoctanin-Injectionen in Fällen bösartiger Geschwülste ohne jeden Erfolg versucht hätten. SEMON.

62) **Crawford. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Indian. Med. Gazette. Calcutta. 1892. 295.*

Nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

63) **Hercrel** (Pest). **Exstirpation des Zungenkrebses nach temporärer Resection des Unterkiefers.** *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 4.*

Bericht über einen glücklich operirten Fall nach der Methode Sedillot's mit Durchsägung des Unterkiefers in der Mitte. CHIARI.

64) **W. Wroblewski. Zur Pathologie und Therapie der Zungentonsille. (Przyczynek do patologii i terapii migdatka jezylowego.)** *Gazeta lekarska. No. 12 bis 14. 1892.*

Auf Grund einer Reihe von klinischen Beobachtungen über die Hypertrophie und anderweitige Erkrankungen (Tuberculose, Syphilis, Mycosis leptothricia) der Zungentonsille ist Verf. bestrebt, die Aufmerksamkeit der Collegen auf diese seiner Ansicht nach zu wenig berücksichtigten Affectionen zu lenken und den causalen Zusammenhang der Hypertrophie mit verschiedenen, gewöhnlich falsch gedeuteten Symptomen nachzuweisen. T. HERYNG.

65) **Roquer y Casadesús** (Barcelona). **Die Hypertrophie der Zungentonsille als Veranlassung zu Asthmaanfällen. (La hipertrofia de la amigdala de la lengua como causa de ataques de astma.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1892. October.*

Bei einem 39jährigen Manne, Sohn tuberculöser Eltern, der als Kind an Halsdrüsenvereiterung gelitten, traten besonders Nachts Erstickungsanfälle auf. Es wurde colossale Wucherung des Drüsengewebes am Zungengrund constatirt. Nach galvanischer Abätzung hörten die Asthmaanfälle auf. GONGORA.

66) **Roquer y Casadesús** (Barcelona). **Ueber die durch Hypertrophie der Zungentonsille hervorgerufenen Reflexe. (Sobre los reflejos derivados de la hipertrofia de la amigdala de la léngua.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1892. November.*

Theoretische Betrachtungen hinsichtlich des vorstehend referirten Falles nebst Angabe anderweitiger Veröffentlichungen über den Gegenstand. GONGORA.

67) **T. Heryng (Warschau). Die Hypertrophie der Tonsillen, ihre Aetiologie und operative Behandlung. (Przerost migdatow, warunki powstawania i leczenie na drodze operacyjnej.)** *Gazeta lekarska. 1892. No. 41, 42, 43.*

Nach einer kurzen Beschreibung der Aetiologie dieser Affection und einigen Erörterungen über den Bau und die Functionen der Mandeln, werden die Symptome der Mandelhypertrophie und die Untersuchung derselben eingehender berücksichtigt.

H. betont die Nothwendigkeit einer Sondenuntersuchung der Mandeln, um Verwachsungen mit den Gaumenbögen zu eruiren und räth, die Mandeln zur genaueren Besichtigung mittelst eines Schielhakens aus ihrer Nische hervorzuziehen. Nur auf diese Weise kann ihre Lage und Grösse genau bestimmt werden. Die von Hoffmann und Schmidt empfohlene Schlitzung bei erweiterten und mit Sekret gefüllten Krypten hat sich nach dem Verf. in vielen Fällen bewährt, doch muss manchmal ein entsprechendes sichelförmiges Messer zur Trennung von fibrösen Strängen benutzt werden. Es werden sodann drei Operationsmethoden besprochen:

1. mit dem Messer,
2. mittelst Tonsillotom und
3. der galvanokaustischen Schlinge.

H. hat früher fast alle Tonsillotomien mit dem Messer und einem entsprechenden, seitlich abgebogenen Doppelhaken vollführt und mehrere hundert Fälle auf diese Weise operirt.

Die Technik ist leicht zu erlernen; nur bei rechtseitiger Mandelexstirpation fordert die Führung des Messers mit der linken Hand einige Uebung.

Das Fahnenstock'sche Tonsillotom ist bei prominirenden Mandeln bei Kindern zu empfehlen, bietet dagegen bei Erwachsenen manche Nachtheile, besonders bei harten, fibrösen Mandeln, ferner bei Verwachsungen der Mandeln mit den Gaumenbögen.

Als Grundsatz mag gelten, dass vor der Tonsillotomie eine genaue Sonden- und Digitaluntersuchung zur Orientirung vorgenommen werde, ferner eine Inspection der seitlichen Pharynxwand, weil daselbst eine Anomalie der Palatina ascendens vorkommt, die bei ungeschickter Benutzung des gewöhnlichen scharfen Hakens verletzt werden könnte.

Als Nachtheile des Tonsillotoms sind zu betrachten: die Möglichkeit des Zerbrechens des Ringmessers, was dem Verf. zweimal passirt ist, ferner die manchmal auftretende Einzwängung des vorderen Gaumenbogens in das Fenster des Tonsillotoms und Verletzung des Arcus palat., welche schmerzhaft ist und die Nachbehandlung verlängert. Ebenso unangenehm ist bei flachen, länglichen Mandeln das Abgleiten des Instrumentes resp. das partielle Abschneiden der Mandeln, während die tiefer gelegenen Theile zurückbleiben. In solchen Fällen muss mit dem Messer nachgeholfen werden.

Als ernstere Folgen der Tonsillotomie sind die Blutungen zu betrachten, die ausführlich vom Verf. besprochen werden. H. hat 59 Fälle von heftigen, manchmal gefährlichen Blutungen gesammelt, betrachtet aber diese Zahl als eine aproximative und glaubt, dass recht viele schwere Blutungen nicht publicirt worden

sind. Verf. bespricht sodann die irrige Anschauung über Verletzung der Carotis int. nach einer regelrecht ausgeführten Tonsillotomie, wie dies von Chassaignac im Jahre 1847 zuerst vermuthet und in vielen Lehrbüchern nachgedruckt worden ist, trotz der Arbeiten von Linhart, Luschka und Otto Zuckerkandl. Die letzte Arbeit wird ausführlich besprochen und die Ansicht dieses Autors als die richtige von H. anerkannt. Es soll also bei der Tonsillotomie nicht mehr als $^3/_4$ der Mandel entfernt werden, um dickere, aus der fibrösen Kapsel austretende Aeste der Arteria tonsillaris nicht zu verletzen. Da aber trotzdem stärkere parenchymatöse, seltener arterielle Blutungen beobachtet worden sind, so empfiehlt H., dem Beispiele M. Schmidt's und anderer Collegen folgend, die Benutzung der galvanokaustischen Schlinge. Diese Methode, welche, wenn sie lege artis ausgeführt, absolut vor Blutung schützt, ist vor Allen bei harten, fibrösen, sehr bedeutenden Mandeln, ferner bei hochgradiger Hypertrophie, bei Haemophilie und nach soeben abgelaufenen Entzündungsprocessen angezeigt. Es wird sodann die Technik der kleinen Operation besprochen, die Mängel der gewöhnlich benutzten Schlingenschnürerröhren accentuirt und eine Modification dieser Röhren ausführlich beschrieben. Als Nachbehandlung empfiehlt H. aufs Wärmste Pinselungen der Wundfläche mit 6—8 procent. frischer Pyoctaninlösung, wodurch die Entzündungsreaction und die nachfolgende Schmerzhaftigkeit auf ein Minimum reducirt werden. Autoreferat.

68) W. L. Dayton. **Neurosen des Rachens und Kehlkopfs infolge von Hypertrophie der Follikel an der Zungenbasis. (Neuroses of the pharynx and larynx caused by hypertrophied follicles at the base of the tongue.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. October 1892.*

D. hebt die Wichtigkeit der radicalen Behandlung, d. h. der vollständigen Entfernung von Zungenvaricen und vergrösserten Follikeln an der Zungenbasis hervor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) Felix Semon (London). **Dunkle Affection des weichen Gaumens. (Obscure affection of the soft palate.)** *British Medical Journal. April 2. 1892. Clinical Transactions. Vol. 25. 1892. p. 296.*

Demonstration der Patientin, einer 22jährigen verheiratheten Frau, am 25. März 1892 vor der Clinical-Society of London. Die Patientin hatte seit 8 oder 9 Monaten an wechselnden Halsschmerzen und Schwellung der Drüsen am Halse gelitten. Für Syphilis kein Anzeichen. Als sie zuerst ins St. Thomas-Hospital kam, zeigte sich leichte Infiltration der Schleimhaut der Gaumenbögen und der Mandeln. Die afficirten Theile waren theilweise röthlich grau verfärbt, theilweise lebhaft congestionirt. Ihre Oberfläche zeigte an einzelnen Stellen ein granulirtes Aussehen, an anderen oberflächliche Ulceration, und das Ganze machte den Eindruck einer beginnenden Gaumentuberkulose. Obwohl Lungen und Kehlkopf nicht afficirt waren, so wurde eine Milchsäurebehandlung in der Voraussetzung eingeleitet, dass es sich möglicherweise um primäre Gaumentuberkulose handele; dieselbe blieb aber nicht nur ohne jeden Erfolg, sondern die Infiltration breitete sich im Gegentheil allmälig fast über den ganzen weichen Gaumen aus,

erhob sich höher und höher über die umgebende gesunde Schleimhaut und nahm einen mehr entzündlichen Character an. Zur Zeit der Demonstration afficirte sie fast den ganzen weichen Gaumen und endete vorn mit zwei serpiginösen, halbkreisförmigen scharfen Rändern nahe der Grenze des harten Gaumens; die linke Seite war etwas mehr afficirt als die rechte, kleine Geschwüre an der Basis der Uvula zeigen sich manchmal mehr, manchmal weniger entwickelt. Der Contrast zwischen dem Aussehen des afficirten Theiles und dem der Umgebung ist im höchsten Grade auffallend. Dabei wechselt das Aussehen des infiltrirten Theils von Woche zu Woche; manchmal ist seine Oberfläche gleichmässig roth und einfach granulirt; bei anderen Gelegenheiten sieht man unregelmässige weissliche Linien, die wie Epitheltrübungen erscheinen und mit den Rändern der Condylome der secundären Syphilis die grösste Aehnlichkeit haben. Zu gewissen Zeiten war in der That die Aehnlichkeit der Affection mit secundärer Gaumensyphilis so gross, dass eine energische antisyphilitische Behandlung eingeleitet wurde; doch hatten weder verschiedene Mercurialpräparate noch Jodkalium den geringsten Einfluss auf ihren Verlauf. Der infiltrirte Abschnitt ist zeitweise äusserst druckempfindlich, ebenso wie die beiderseits stark vergrösserten Cervicaldrüsen unterhalb des Unterkiefers.

Der Fall wurde in der Hoffnung demonstrirt, dass Rathschläge hinsichtlich der Diagnose und Behandlung gegeben werden würden. Seit dem Fehlschlagen der Milchsäurebehandlung war absichtlich keine Lokalbehandlung eingeleitet worden, um den Mitgliedern der Gesellschaft Gelegenheit zu geben, sich von dem Zustande selbst zu überzeugen. (Es mag dabei erwähnt werden, dass keine Tuberkelbacillen in curettirten Abschnitten der Geschwulst entdeckt werden konnten.) Von befreundeter Seite war dem Beobachter die Vermuthung ausgesprochen worden, dass es sich um eine Affection am Gaumen handeln möge, die der sogen. „Landkartenzunge“ („geographical tongue“) analog sei; abgesehen aber davon, dass kein Fall eines derartigen Leidens am Gaumen je beschrieben worden sei, schien die Intensität des Schmerzes, das Auftreten thatsächlicher Ulceration und die Schwellung der Drüsen das vorliegende Leiden auch klinisch von der genannten Zungenkrankheit zu unterscheiden. (Zur Vergleichung wurde ein anderer Fall echter Gaumentuberkulose, der unter Milchsäurebehandlung sich beträchtlich verbessert hatte, demonstrirt.) Eine Discussion fand nicht statt.

Es mag hinzugefügt werden, dass einige Monate später die Patientin sich wieder vorstellte, und dass die Affection, ohne irgend welche Spuren zurückzulassen, vollständig verschwunden war! — Um was handelte es sich in diesem Fall? — Der Beobachter würde für Aufklärung sehr dankbar sein.

Autoreferat.

70) **Charles Martin** (London). **Adenom des weichen Gaumens. (Adenoma of soft palate.)** *British Medical Journal. Nov. 5. 1892.*

Demonstration des Präparats am 1. November 1892 vor der Pathological Society of London. Der Tumor war ein gemischter, theilweise drüsig, theilweise bindegewebig und war nach Ansicht des Vortragenden aus embryonischen Rudimenten hervorgegangen, in welcher Beziehung er als ein congenitaler anzu-

sprechen war. — In der Discussion bemerkte Mr. Shattock, dass er nach langer Ueberlegung dahin gekommen sei, diese Geschwülste als bindegewebige zu betrachten; sie seien als Cylindrome anzusehen, d. h. Bindegewebsgeschwülste, in welchen Züge von hyaliner Degeneration vorkämen. SEMON.

71) **Walter Fowler** (Victoria). **Perforation der vorderen Gaumenbögen. (Perforation through the anterior pillars of the fauces.)** *Lancet. 24. December 1892.*

Unter Bezugnahme auf eine frühere Mittheilung betont F., dass Perforationen an sich noch keine Zeichen von Syphilis seien, mögen sie nun durch Diphtherie oder Scharlach verursacht sein. MACKENZIE JOHNSTON.

72) **G. G. Morrice** (Swansea). **Ueber die Perforation der vorderen Gaumenbögen. (On perforation through the anterior pillars of the fauces.)** *Lancet. 16. Juli 1892.*

Der Verf. giebt die Krankengeschichte dreier Falle von Diphtheritis, in denen sich in der Folge Perforationen der vorderen Gaumenbögen entwickelten. Er ist der Meinung, dass bleibende Perforationen gerade ebenso ein Zeichen von überstandener Diphtherie, wie von Scharlach sind, wie W. Fowler dies gezeigt hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

73) **Küster** (Marburg). **Ueber Uranoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 4.*

Kurze Notiz über einen im ärztlichen Verein in Marburg gehaltenen Vortrag. LANDGRAF.

74) **Fed. Gomez de la Mata** (Madrid). **Die granulöse Angina. (La angina granulosa.)** *Archivos internacionales de rinologia, laringologia y otologia. Julio 1892.*

Verf. giebt eine ausführliche Schilderung der Krankheit unter besonderer Betonung der Symptomatologie, Diagnose — Tabelle zur Unterscheidung von granulöser Pharyngitis, lupösen und tuberculösen Granulationen — und Therapie, bei welcher grosses Gewicht auf die allgemeine Behandlung der als häufige Ursache zu betrachtenden herpetischen oder rheumatischen Diathese gelegt wird. GONGORA.

75) **A. Ruault** (Paris). **Ueber eine wenig bekannte Abart der Angina phlegmonosa. Periamygdalitis lingualis phlegmonosa. (Sobre una varided poco conocida de angina flegmonosa. Flegmon submucoso superficial de la base de la lengua.)** *Revista de laringol., otol. y rinol. 1892. April u. Mai.*

Verf. berichtet über 5 von ihm beobachtete Fälle, deren klinische Erscheinungen folgende waren: Plötzliches Auftreten mit Fieber, Appetitlosigkeit, Durst, Verstopfung, Halsschmerzen, die bald lancinirend werden und auf ein Ohr, selten auf beide, ausstrahlen; starke Schlingbeschwerden, Zungenmandel roth und geschwollen, am Grunde bis zur Grösse einer Nuss; Hals- und Zungenbewegung ganz frei; Stimme klar oder nur leicht heiser. Zuweilen beschränkt sich die An-

schwellung auf eine Seite und Verstreichung der Kehldeckelfalten. Endet in der Regel mit Eiterung. Therapie die bei phlegmonösen Erkrankungen übliche.

GONGORA.

76) **J. E. Newcombe. Die medicamentöse Behandlung der acuten Tonsillitis und Pharyngitis: eine vergleichende Studie an 169 Fällen. (The medical treatment of acute tonsillitis and pharyngitis: a comparative study based on 169 cases.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 10. Dec. 1892.*

Die Fälle werden bei jedem Mittel in 3 Gruppen getheilt: 1. Fälle, bei denen mit der Therapie am ersten oder zweiten Tage der Erkrankung begonnen wurde. 2. Fälle, bei denen die Therapie am dritten Tage einsetzte und 3. Fälle, bei denen das Mittel erst nach dem dritten Tage zur Anwendung kam.

Das erste Mittel war das Salol, angewendet in 81 Fällen, in Dosen von 0,3 g in schleimiger Lösung zweistündlich. Es kommen auf Gruppe I. — 36 Fälle, von denen 6 keine Besserung erfuhren; in den anderen betrug die durchschnittliche Stundenzahl bis zur Besserung 12 Stunden. Fälle in Gruppe II. — 15 mit 3 Fehlerfolgen, und Besserung nach durchschnittlich 14 Stunden. Fälle in Gruppe III. — 30; 4 ohne Erfolg; Besserung nach 18 Stunden.

Das zweite Mittel war Guajac in der Form der ammoniakalischen Tinctur, in Dosen von 0,06, zweistündlich in heisser Milch gegeben. Gruppe I. zählt 20 Fälle mit 2 Fehlerfolgen. Gruppe II. 10 Fälle; 2 ohne Erfolg. Gruppe III. 14 Fälle, 4 ohne Erfolg. Durchschnittsstundenzahl bis zum Eintritt des Erfolges 11.

Das dritte angewendete Mittel ist Natrium salicylicum; Dosen von 0,3 in Lösung zweistündlich. In Gruppe I. 15 Fälle mit 2 Fehlerfolgen; Gruppe II. 12 mit 2 ohne Erfolg und Gruppe III. 17 mit 6 ohne Erfolg.

Im Ganzen: Von 169 Fällen 81 oder 48pCt. mit Salol behandelt, erfuhren Besserung im Durchschnitt nach $14^1/_3$ Stunden; 44 oder 26 pCt. mit Guajac behandelt in $17^1/_3$ Stunden und 44 oder 26 pCt. mit salicylsaurem Natron in $18^1/_2$ Stunden.

1. Im Salol besitzen wir ein Mittel, das in den meisten Fällen früher als irgend ein anderes Besserung herbeiführt. Wenn es versagt, scheint Eisentinctur mit Kali chloricum der beste Ersatz zu sein. Diese Combination findet ihr bestes Feld bei den Patienten, die bereits früher mehrfache Attaken hatten und bei denen es sich mehr oder weniger um interstitielle Anhäufungen von Bindegewebe in der Schleimhaut handelt.

2. Besteht bereits eine peritonsilläre Infiltration, so ist es eine offene Frage in jedem Falle, ob man die Eiterung noch verhüten kann. Zeigt sich eine Schwellung, so ist eine Incision da indicirt, wo sich der Eiter am ehesten bildet, nämlich hoch oben, vorn an und über den Schlundbögen und zwar gewöhnlich dem vorderen Bogen.

3. Ist Eiter vorhanden, so ist es angezeigt, frei einzuschneiden. Darnach soll man heisse Sodalösung gurgeln lassen und Umschläge um den Hals geben.

4. Ein Quecksilberpräparat oder ein salinisches Abführmittel soll in jedem Falle beim Beginn der Behandlung gegeben werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **J. Sedziak. Ein ungewöhnlicher Fall von Sarcomata multiplicia cutis et Lymphosarcoma tonsillae dextrae.** *Gaseta lekarska. No. 44. 1892.*

Der Titel sagt, um was es sich handelt. Bedeutende Verminderung der Neubildungen wurde nach Arsenverabreichung constatirt. T. HERYNG.

78) **O'Hara. Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Austral. Medical Journal. XIV. 349.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

79) **Charles Steele** (Clifton). **Krebs an ungewöhnlichen Stellen. (Cancer in unusual situations.)** *Lancet. 9. Januar 1892.*

Klinischer Bericht über 3 Fälle, deren einer einen Scirrhus der Mandel mit rapidem Verlauf bei einem 55jährigen Manne betrifft; sonst nichts von besonderem Interesse. MACKENZIE JOHNSTON.

80) **Arbuthnot Lane** (London). **Hämorrhagie nach Tonsillotomie. Ligatur der Carotis communis, Transfusion, Genesung. (Haemorrhage following tonsillotomy, ligature of the common carotid, transfusion, recovery.)** *British Med. Journal. April 30. 1892.*

Vortrag vor der Clinical Society of London am 22. April 1892. Es handelte sich um einen 21jährigen Mann, dessen eine Tonsille am 16. December 1891 im Throat-Hospital entfernt worden war. Unmittelbar nach der Operation und sodann vom dritten Tage nach derselben erfolgten wiederholte und bedrohliche Blutungen, und am 22. December war der Patient augenscheinlich dem Tode nahe. Er wurde auf einer Bahre direct in den Operationssaal des seinem Hause nahe gelegenen Guy's-Hospital getragen und zunächst mit wiederholten beträchtlichen intravenösen Injectionen von normaler Salzlösung behandelt, ehe eine andere Operation vorgenommen werden konnte. Sodann unterband Lane die Carotis communis, und der Patient genas. Die Hauptpunkte von Interesse lienach Lane's Meinung 1. in dem Erfolg der intravenöen Salzinjection und 2. in dem Auftreten der Blutung drei Tage nach der Operation. Es war nicht möglich im Pharynx ein blutendes Gefäss aufzufinden, die Entfernung der Tonsille schien vollständig lege artis vorgenommen zu sein, und der Patient war kein Bluter.

Die Discussion, deren Lectüre im Original den Lesern des Centralblatts empfohlen sei, drehte sich hauptsächlich um die Frage, ob die Carotis communis oder die Carotis externa in solchen Fällen unterbunden werden sollte, sowie darum, ob nicht directe Compression der blutenden Tonsille in vielen Fällen ausreiche die Blutung zu stillen. SEMON.

81) **Altmann** (Galizien). **Ein Fall von Soor bei einer 60jährigen Frau.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 34.*

Die Pilzbildung erstreckte sich über Mund, Rachen, Gaumen, Mandeln bis zum Kehlkopfeingang, begann drei Tage nach Entfieberung im Verlaufe einer croupösen Pneumonie und dauerte 8 Tage. Die Patientin hatte schon früher zweimal ganz dieselbe Combination durchgemacht. CHIARI.

82) **G. Herschel** (London). **Pulsirende Geschwulst des Halses. (Pulsatile tumour of the neck.)** *British Medical Journal. Nov. 19. 1892.*

Demonstration einer 67jährigen Frau mit einer pulsirenden Geschwulst am Halse, aller Wahrscheinlichkeit nach einem fusiformen Aneurysma der linken Carotis communis, vor der Medical Society of London am 14. November 1892. Nichts besonderes.

SEMON.

d. Diphtherie und Croup.

83) **Longuet. Die Ursprungsquellen der Diphtheritis. (Les origines de la diphthérie.)** *Sem. méd. 1892. No. 56. p. 446.*

Eine allgemeine Uebersicht, in der Verf. die bekannten Fälle von Uebertragung der Diphtherie von Vögeln auf den Menschen bespricht, auch die Fälle von Uebertragung von der Katze auf Menschen und vom Menschen auf die Katze werden erwähnt. Die Pferde, Esel und Rinder scheinen ebenfalls das Contagium übermitteln zu können. Muss man also die Schimmelpilze oder überhaupt jede niedere Vegetation beschuldigen, dass sie Diphtherie erzeugt?

J. BARATOUX.

84) **Ant. Almansa. Aetiologische Einheit des Croups und der Diphtherie. (Unidad etiologia del crup y la difteria.)** *Revista de Sanidad militar. Mayo 1892.*

Verf. behauptet, dass der Croup weiter nichts ist als eine im Kehlkopf localisirte Diphtherie und versichert in allen von ihm beobachteten Fällen von primärem Croup den Klebs-Löffler'schen Bacillus gefunden zu haben.

GONGORA.

85) **Redactionelle Notiz. Die Diagnose des membranösen Croup. (The diagnosis of membranous croup.)** *Practitioners Monthly. December 1892.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **J. S. Bristowe** (London). **Die Diphtherie im Wellington College. (Diphtheria at Wellington College.)** *Brit. Med. Journ. 9. Jan. 1892.*

Ein Bericht über eine neue Diphtheritis-Epidemie in dem College. Da sich hygienische Mängel in dem Gebäude nachweisen liessen, wird angenommen, dass hierin die Quelle der Infection lag.

MACKENZIE JOHNSTON.

87) **X. Die Diphtheritis in Albrighton. (Diphtheria at Albrighton).** *Lancet. 15. October 1892.*

Eine Notiz von rein lokalem Interesse.

MACKENZIE JOHNSTON.

88) . . . **Die Diphtheritis in Schulen. (Diphtheria in schools.)** *Lancet. 5. Nov. 1892.*

Eine Notiz des Herausgebers von lokalem Interesse.

MACKENZIE JOHNSTON.

89) . . . **Die Diphtheritis in Cardiff. (Diphtheria at Cardiff.)** *Lancet. 3. December 1892.*

Eine Notiz von ausschliesslich lokalem Interesse.

MACKENZIE JOHNSTON.

90) **Nynlasy. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Austral. Medical Journal. Melbourne. XIV. 386.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

91) **Thoresen** (Norwegen). **Beiträge zur Lösung der Frage von den Ursachen des Auftretens der Diphtheritis als gutartige und bösartige Krankheit. (Bidrag til Lösningen af Spörgsmaalet om Aarsagerne til Difteritens Opträden som godartet og ondartet Sygdom.)** *Norsk Mag. f. Lägevidenskaben. 1892. S. 147.*

Hauptsächlich theoretisch. Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

92) **Thursfield. Ausbruch von Diphtherie und Scarlatina gleichzeitig mit fieberhaften Eruptionen bei Kühen. (Outbreaks of diphtheria and scarlatina coincident with febrile eruptions in cows.)** *British Medical Journal. 30. Januar 1892.*

Ein Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Medizinalbeamte, in dem Verf. hervorhebt, dass Kühe für eine Anzahl febriler und eruptiver Affectionen des Euters empfänglich sind und dass man nicht so selten diese Affectionen im Zusammenhang mit Diphtherie- und Scarlatina-Ausbrüchen stehend findet.

MACKENZIE JOHNSTON.

93) **E. Fränkel** (Hamburg). **Demonstration von Präparaten secundärer Diphtherie.** *Aerztl. Verein zu Hamburg. 22. III. 1892.*

E. Fränkel demonstrirt Präparate von secundärer Diphtherie, wie sie im Lauf von Infectionskrankheiten vorkommen und die von der idiopathischen Diphtherie streng zu trennen sind. Als klinisches Merkmal gilt, dass die secundäre Angina fast niemals den Larynx überschreitet, und ihr keine Lähmungen folgen. Anatomisch fehlen fast stets Pseudomembran, bakteriologisch die Diphtheriebacillen; statt ihrer findet man nur Streptococcen, welche die Nekrose in der Mucosa, die Lymphdrüsenerkrankungen etc. bewirken. SEIFERT.

94) **Szegö** (Pest). **Beobachtungen über die diphtheritische Albuminurie.** Mittheilungen aus dem Stefanie-Armen-Kinderspitale zu Budapest. — *Ungarisches Archiv f. Med. 1. Bd. 2. Heft. p. 101—114.*

Sz. machte in 60 Fällen darauf bezügliche Untersuchungen. Die Resultate sind folgende: Die Albuminurie kommt in 90pCt. aller Fälle vor, beginnt meist Ende der ersten Woche, ist im Anfange am stärksten und wird später nur vermehrt durch Auftreten von Lähmung oder Fieber. Im Allgemeinen steht die Menge des Eiweisses nur bei ganz schweren oder ganz leichten Fällen im Verhältniss zu dem Grade der Erkrankung, bei mittleren Fällen ist sie wechselnd. Details sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

95) **Hoppe-Seyler** (Kiel). **Beiträge zur Kenntniss der Diphtherie.** *Deutsches Arch. f. klin. Med. XLIX. 1892.*

H. S. berichtet über 455 Diphtheriefälle, welche während einer in den Jahren 1889—1890 in Kiel herrschenden Epidemie in der Quincke'schen Klinik zur Beobachtung gelangten. Am meisten wurden befallen Kinder vom 2.—4. Jahre. An der Hand dieser Fälle bespricht H. S. den Verlauf, die Erscheinungen, die Complicationen und die Therapie der Krankheit. Die lokale Behandlung bestand in der Applikation eines Sublimatspray (1 : 1000—1 : 10000) oder eines Carbolspray (1 : 500) und in der eifrigen Anwendung von Eis, die Allgemeinbehandlung bestand in der Darreichung von Ol. Terebinth, von Wein und Cognac. H. S. hat den Versuch gemacht, in zweifelhaften Fällen die Diagnose aus dem Ausstreichpräparat unter Nachweis der Löffler'schen Bacillen zu machen.

SEIFERT.

96) **Ger. Helianopoulos** (Galaxidion). **Beobachtungen und klinische Therapie der Diphtheritis.** *(Παρατηρήσεις τίνες καὶ κλινικὴ θεραπεία τῆς διφθερίτιδος.) Γαληνὸς. 1892. No. 72.*

Verf. empfiehlt jede halbe Stunde mit einer 1 proc. wässerigen Karbolsäurelösung und gleich darauf mit einer ana-Mischung von Wasser und Essig zu gurgeln; wenn der Kranke dies nicht kann, soll man ihm den Pharynx mit denselbigen Lösungen bestreichen. Ausserdem soll man alle drei Stunden mit einer Feder von einer Mischung von Glycerin (2 Drachmen), Benzolsäure (4 Gran), Chloralhydrat (20 Gran), Bromkalium (4 Gran), Eisenchlorid (30 Tropfen), Thymol 4 Tropfen auftragen. Wenn die Diphtheritis in Croup übergegangen ist (? Red.), soll man alle 12—24 Stunden in die Arme Einspritzungen einer Mischung von flüssiger Karbolsäure (2 Tropfen), Petroleum (1 Tropfen), Benzolsäure ($^1/_6$ Gran) in einem Gramm Süssmandelöl machen. Damit hat Heliakopulos wunderbare Erfolge erzielt. SENTINON.

97) **E. Hübner** (Frankfurt a. M.). **Zur Behandlung der Diphtherie mit Liq. ferri sesquichlorati.** *Therap. Monatsh. 1892. Heft 12*

Sehr warme Empfehlung dieses Mittels, das H. die besten Erfolge gebracht hat, 2—3 malige tägliche Pinselungen mit anfänglich unverdünntem Liq. ferri, dann mit Verdünnungen 1 : 1 bis zu 1 : 5.

Daneben Ausspritzungen mit verdünntem Kalkwasser, Eispillen, Eiscravatte.

A. ROSENBERG.

98) **N. Rosenthal** (Berlin). **Eisenchlorid gegen Diphtherie.** *Therap. Monatsh. 1892. Heft 12.*

Nach R.'s Erfahrungen ist das Eisenchlorid ein unfehlbares (?! Ref.) Mittel, das Fortschreiten der Rachendiphtherie auf den Kehlkopf zu verhindern. Er giebt es in 2 proc. Lösung, durch Glycerin corrigirt; stündlich 1 Thee- bis Esslöffel Tag und Nacht; kein Eis, kein Alkohol etc.

Von seinen 40 so behandelten Kranken bekam keiner Larynx-Diphtherie; von den 11 anders behandelten blieben nur 2 Kinder am Leben.

A. ROSENBERG.

99) **Degle** (Kindberg, Steiermark). **Ueber die Anwendung von Pilocarpin bei Larynxcroup.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 44.*

D. behandelte 4 Fälle bei schwächlichen Kindern mit 0,04 g Pilocarpini muriatici (innerhalb 24 Stunden zu nehmen) mit günstigem Erfolge. Er führt denselben auf die Anregung der Secretion der Drüsen zurück, welche die Pseudomembranen lockert. Natürlich wirke es nicht bei schwerer Allgemeininfection. Er empfiehlt das Pilocarpin zu weiterer Anwendung. CHIARI.

100) **Carl Szikla**i (Kis-Zombor, Ungarn). **Ueber Croup und dessen Heilung.** Vortrag, geh. auf dem Congress ungarischer Aerzte und Naturforscher in Kronstadt 22. August 1892. — *Wiener med. Presse. 1892. No. 51.*

Sz. rühmt als sicheres Heilmittel Pilocarpin und zwar in subcutanen Injectionen zu 1 ccm 3 mal täglich oder zu 2 ccm innerlich p. die. In 4 darunter sehr schweren Fällen erreichte er Heilung. Ebenso erzielte er günstige Erfolge in 3 Fällen von croupöser Pneumonie und in 1 Falle von croupöser Cystitis. Das Pilocarpin bringt nämlich sehr schnell die Membranen zur Ablösung. Leider lauten andere Berichte über das Pilocarpin nicht so günstig. CHIARI.

101) **Wood. Intubation bei Kehlkopfdiphtherie. (Intubation in laryngeal diphtheria.)** *Austral. Med. Journal. XIV. 167.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

102) **Johann Bokai** (Pest). **Ueber 100 mittelst Intubation geheilte Fälle.** *Magyar Orvosi Archivum. 1893. I. Heft. Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 45.*

B. nahm die Intubation in 25 Monaten bei 291 Fällen von Croup und Diphtheritis vor, und zwar nur bei schweren Fällen, aber nicht bei allgemeiner Intoxication und nicht bei Ausbreitung der Croupmembranen bis in die feinsten Bronchien. Heilung in 34 pCt. — Secundäre Tracheotomie wurde 11 Mal gemacht mit 2 Heilungen. Er liess den Seidenfaden an der Tube. Nach ihm ist die Intubation eine vorzügliche Methode, leichter und schonender als die Tracheotomie, aber nur in Spitälern gut anwendbar wegen der nothwendigen fortwährenden ärztlichen Aufsicht. Er liess die Tuben gewöhnlich 24 bis 48 Stunden ununterbrochen liegen, einmal im Ganzen 360 Stunden. Auf dieses seltene Wechseln führt er die Seltenheit von Decubitus zurück. CHIARI.

103) **Baer** (Zürich). **Tracheotomie und Intubation im Kinderspital Zürich.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXV. 3. 4. 1892.*

Das Material zu der vorliegenden Arbeit, welche zu den besten über diese wichtige Frage geschriebenen gehört, bezieht sich auf die Beobachtungen aus den Jahren 1879—1891 und umfasst 690 Diphtheriefälle. Als besonders wichtig verdient hervorgehoben zu werden, dass seit 1. März 1888 bei allen diphtherischen Larynxstenosen die Intubation ausschliesslich primär angewandt, also absichtlich keine Auswahl der Fälle getroffen wurde, damit nicht der Vorwurf einer günstigen Auswahl erhoben werden konnte. Ferner bürgt der Umstand, dass die operative Leitung (v. Muralt) seit Beginn der Anstalt nie gewechselt

hat, dafür, dass auch in der Stellung der Individuen zum operativen Eingriff keine wesentlichen Aenderungen eingetreten sind.

Das ganze Material, welches der Arbeit zu Grunde liegt, besteht aus zwei Theilen: a) den sämmtlichen Diphtheriefällen (nicht operirt, tracheotomirt, intubirt) der Anstalt aus den Jahren 1874—1891 (30. VI.); b) den Intubationen bei chronischer und acuter Stenose Nichtdiphtherischer aus den Jahren 1888 bis 1891 (30. VI.).

Was den ersten Theil anlangt, so ist hier das Material in einer so vortrefflichen Weise gesichtet und kritisch beleuchtet, dass insbesondere die Gegner der Intubation verpflichtet sind, sich diese sorgfältige Arbeit recht genau anzusehen, es mag diese Ermahnung insbesondere an die Adresse jener gerichtet sein, welche in der neuen Methode immer noch den Versuch erblicken, die Tracheotomie ganz zu verdrängen, was ja freilich auch von dem Erfinder der Methode niemals beabsichtigt war.

Im Allgemeinen findet B. viel weniger Anhaltspunkte für Contraindicationen der Intubation, als von mancher Seite angegeben wurden. Die Erfolge in früher Lebensperiode muntern geradezu zu weiteren Versuchen in den ersten Lebensjahren auf.

Dass das Ueberschreiten des diphtherischen Processes auf die Bronchien keine absolute Contraindication ist, beweisen mehrere Fälle der Statistik. Schwächliche Kinder sind eher zu intubiren, weil durch sicheren Wegfall der Wundcomplicationen sie mehr Aussicht haben, durchzukommen. Die Fälle, welche sub finem vitae gebracht werden, eignen sich nur zur Intubation mit kurzen Tuben oder zur Tracheotomie. Als Indicationen zur Secundärtracheotomie bei Intubirten stellt B. auf: beim Intubiren zusammengestossene oder spontan flottirende Membranen, jegliche Fortdauer von Larynx- und Trachealstenose bei vorgenommener Intubation, Unmöglichkeit der Extubation mit fortwährendem Aushusten der Membranen und davon drohende Erstickungsgefahr. Indicationen zur primären Tracheotomie und Contraindication zur Intubation bei Diphtherie sind: completer Abschluss des Cavum pharyngo-nasale durch Schwellung und Belege an der Nasenrachenschleimhaut und den Tonsillen, hochgradiges Oedem des Kehlkopfeinganges mit Diphtherie, gleichzeitig bestehender Retropharyngealabscess, in agonalem Zustande befindliche Kinder.

Die nachtheiligen Folgezustände nach der Intubation dürfen bei richtiger Anwendung der Methode als minimale bezeichnet werden.

Im zweiten Theil der Arbeit berichtet B. noch über einige Fälle von acuter und chronischer Stenose. Bei der Mehrzahl der letzteren handelte es sich um wegen Diphtherie tracheotomirte Patienten, bei welchen alle weiteren Décanulementsversuche eingestellt waren (ein Pat. hatte 6 Jahre mit der Canüle gelebt, 4malige Retracheotomie war erfolglos geblieben), in 1 Falle handelte es sich um acute Stenose nach Kalkverbrennung, in einem anderen um Stenose durch einen spondylitischen Abscess. Die Erfolge der Intubation bei solchen nichtdiphtherischen acuten und bei den chronischen Stenosen müssen auch den principiellen Gegner der primären Intubation überzeugen, dass für jegliche rationelle Nachbehandlung Tracheotomirter die Intubation die souveräne Methode ist.

Einige Vorschläge zur Abänderung des Instrumentariums scheinen sehr praktisch zu sein. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

104) **Paul Raugé** (de Challes). **Doppelte Thätigkeit und centrale Innervation des Kehlkopfes. (Les deux modes d'activité du larynx et sa double innervation centrale.)** *Arch. de physiol. 1892. No. 4.*

Mit der ihm eigenen Klarheit beschreibt R. in diesem Artikel die verschiedenen Phasen, welche die Geschichte der centralen Kehlkopfsinnervation bezeichnen. Er zeigt uns, wie die Glottisränder nicht nur während der phonatorischen Adduction in Thätigkeit gesetzt werden, sondern auch während der respiratorischen Abduction, da ihre Oeffnung dann, wie Semon bewiesen hat, die der cadaverösen Lage entsprechende bedeutend übersteigt. Jene doppelte Function des Organs hängt gar nicht (?F. S.) von einer Differenzirung in der Thätigkeit seiner Muskeln, noch seiner Nerven ab, wie Cl. Bernard aus gewissen Experimenten schliessen zu dürfen geglaubt hatte, sondern von der Existenz von zwei Centren, von denen das eine im Gehirn gelegen, die Phonation beherrscht, während dem anderen, bulbären, die inspiratorischen abductorischen Glottisbewegungen unterworfen sind.

Im Laufe seines Artikels recapitulirt R. kurz die verschiedenen über die Frage erschienenen Arbeiten, von den Experimenten von Le Gallois an, über Recurrenssection, bis zu denen von Masini, Krause, Semon und den ganz kürzlich veröffentlichten Beobachtungen von Kehlkopfslähmungen von centralem Ursprung. LUC.

105) **Gamdu** (Pest). **Ein Beitrag zur Frage der centralen motorischen Innervation des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. 1892. No. 31ff. Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 46.*

Eine 51jährige Frau erlitt eine Apoplexie, und in Folge dessen war die rechte Körperseite gelähmt; sie konnte nicht sprechen und war tonlos. Die Stimmbänder standen in maximaler Abduction und näherten sich beim Versuche zum Phoniren nur bis zur Cadaverstellung, gingen aber dann sofort wieder in die Abduction zurück. 18 Tage blieb der Befund gleich; von da an bis zum 20. Tage stellte sich die Schlussfähigkeit der Stimmbänder vollständig wieder her, so dass die Patientin gut phoniren konnte. Die Ursache dieser Erscheinung konnte nicht in den peripheren Nerven liegen, da dieselben intact waren, sondern nur im phonatorischen Centrum oder in der Verbindung desselben mit den Centralganglien. Wenn nun auch nach Semon und Horsley jedes der beiden phonatorischen Centren für sich allein die Phonationsbewegung beider Seiten des Kehlkopfes leitet, so glaubt doch G., dass für gewöhnlich das linksseitige Centrum diese Function ausübt, und das rechtsseitige nach Zerstörung des linken erst einige Zeit braucht, bis es für die Function eingeübt ist. So liesse sich der Befund in seinem Falle zwanglos erklären, wie ja auch Semon und Horsley

erst 4 Wochen nach Zerstörung des einen Centrums die Functionstüchtigkeit des anderen im Experimente nachwiesen. Endlich wäre es auch noch möglich, dass im Falle G. das linke Centrum nicht zerstört, sondern nur schlecht genährt war und sich in 3 Wochen erholte. (Nach der Beschreibung scheint die Kehlkopflähmung rein functionell gewesen zu sein. F. S.) CHIARI.

106) **H. Burger** (Amsterdam). **Ueber die centrale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 30.*

Burger übt scharfe Kritik an der von Krause auf Grund neuer Experimente vorgebrachten Modification seiner alten Hypothese. Er weist darauf hin, dass das einzige früher für die Krause'sche Hypothese verwerthbare Argument: „das Unbegreifliche des Umstandes, dass der Posticus immer eine Vorliebe zeige, früher als die Adductoren oder sogar ausschliesslich zu erkranken“ durch die bekannten Untersuchungen von Hooper, Semon und Horsley, Fränkel und Gad und neuerdings durch Versuche von Risien Russel, der fand, dass die Abductorfasern das Vermögen, electrische Impulse fortzuleiten, sehr viel früher einbüssten, als die für die Adductoren bestimmten Fasern, hinfällig geworden ist, insofern sie alle den Beweis liefern, dass biologische Unterschiede zwischen den beiden antagonistischen Muskelgruppen vorhanden sind.

B. hat die Krause'schen Experimente, welche die centripetale Leitung des Recurrens beweisen sollen, nachgemacht, ist aber zu anderen Resultaten gekommen, so dass er diese Frage als noch nicht erledigt betrachtet. Aber selbst von den Krause'schen Resultaten aus lassen sich die Erscheinungen nicht im Sinne Krause's deuten, weder für die Lähmungen peripherischen, noch für die centralen Ursprungs.

B. ist überzeugt, dass der von Krause gemachte Sprung von der primären zur Reflexcontractur nur ein Versuch ist, einen nicht zu behauptenden Standpunkt zu vertheidigen; dass Krause schliesslich aber doch sich zu der dritten Form neuropathischer Contractur, der secundären, paralytischen werde bekennen müssen. LANDGRAF.

107) **A. Onodi. Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. H. Burger: Ueber die centripetale Leitung des N. laryngeus inferior etc.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 32.*

Reclamation der Priorität für den Satz, dass die isolirten Faserbündel der Erweiterer früher ihre electrische Reizbarkeit und Leitungsfähigkeit verlieren, als die isolirten Faserbündel der Verengerer. LANDGRAF

108) **R. Burkart** (Bonn). **Ueber die centripetale Leitung im Nervus vagus und speciell im Nerv. laryng. inf.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 39.*

B., auf dessen frühere Arbeiten (1868) Prof. Krause und Dr. H. Burger, ersterer zustimmend, letzterer ablehnend Bezug genommen hatten, erinnert an weitere im Jahre 1878 von ihm gemachte Untersuchungen, welche den Einfluss der Tiefe der Narcotisirung auf die Resultate der Reizung darthaten. Krause sowohl als Burger haben in dieser Beziehung nicht hinreichend genaue Angaben gemacht. LANDGRAF.

109) **X. Die abductorischen und adductorischen Fasern des N. recurrens laryngis. (The abductor and adductor fibres of the recurrent laryngeal nerve.)** *Lancet. 1. October 1892.*

Eine Notiz des Herausgebers, die sich mit einem von Risien Russell in der Royal Society of London gehaltenen Vortrage beschäftigt, in welchem dieser zeigt, dass die adducirenden und die abducirenden Fasern des Recurrens in getrennten Bündeln gesammelt sind und einen von einander unabhängigen Verlauf nehmen.

MACKENZIE JOHNSTON.

110) **P. Raugé. Methoden zur Classification der neurometorischen Störungen des Kehlkopfs. (Des methodes de classification dans les troubles neuromoteurs du larynx.)** *Annales des mal. de l'oreille. Sept. 1892.*

Die Motilitätsstörungen, welche die Functionen des Larynx schädigen, ohne eine anatomische Erkrankung der Gewebe desselben herbeizuführen, lassen sich noch jetzt nur schwer in ihrer Besonderheit erkennen. Zur Erleichterung des Studiums derselben wünscht Verf. drei Abtheilungen aufzustellen, und zwar 1. nach der Aetiologie, 2. dem laryngoskopischen Bild und 3. dem therapeutischen Erfolg.

E. J. MOURE.

111) **B. Holz. Kehlkopfbefund bei einer traumatischen Neurose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 33.*

Bei einem an sogen. traumatischer Neurose leidenden Mann fand H. Laryngitis chronica, Pachydermie am rechten Stimmband, Parese der Musculi thyreoarytaenoidei und Aphonia nervosa; in einem 2. Fall fand er Parese der Musculi adductores und der Musculi cricoarytaenoidei postici.

LANDGRAF.

112) **H. Burger. Laryngologische Befunde bei traumatischer Neurose.** *Berlin. klin. Wochenschr. 1892. No. 47.*

Bezug nehmend auf die Publication von B. Holz bespricht B. die Beziehungen der Kehlkopfnerven zur traumatischen Neurose und kommt zu folgenden Sätzen:

1. Functionelle Lähmungen der Stimmbandadductoren sind bei der traum. Neurose a priori nicht unwahrscheinliche Vorkommnisse, obgleich sie nicht zu den häufigen Symptomen gehören.
2. Zur Entscheidung, ob Simulation oder traum. Neurose, sind dieselben nicht zu verwerthen.
3. Lähmungen des Erweiterers und des Recurrens in Folge von traum. Neurose sind bisher nicht beschrieben und kaum zu erwarten.

LANDGRAF.

113) **Onodi (Pest). Die Bewegungen der Stimmbänder bei Durchschneidung der Vagusnerven.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1892.*

Nach Durchschneidung beider Nervi vagi näherten sich die Stimmbänder bei der Exspiration rhythmisch der Mittellinie und berührten sie beinahe. Bewegungen der Stimmbänder, welche nach Durchschneidung der Nervi vagi, der Nervi laryngis inferior. und der sympathischen Verbindungen auftreten, sind der Function des Musculus cricothyreoideus zuzuschreiben.

SCHECH.

114) **Alb. Ruault. Mittheilung eines Falles als Beitrag zum Studium der neuropathischen Kehlkopfstenose. (Observation pour servir à l'étude de la stenese laryngée neuropathique.)** *Archives internat. de laringol., de rhinolog. et d'otologie. Bd. V. No. 1. 1892.*

Ein interessanter Fall von Kehlkopfstenose bei einem Kranken mit Tabes infolge von Lähmung beider crico-arytaenoidei postici. Zur Oeffnung der Glottis und Beseitigung der Asphyxie wurde der linke Recurrens durchschnitten, das linke Stimmband blieb aber in derselben Stellung wie zuvor. Der Verf. bemerkt hierzu, dass die Pathologie der Kehlkopfnerven noch wenig bekannt ist und glaubt, dass in diesem besonderen Falle der Laryngeus superior einen grossen Theil des Kehlkopfs innervirte. E. J. MOURE.

115) **Lasnièe. Die Kehlkopfstörungen bei Tabes dorsalis. (Les troubles laryngées dans le tabes dorsal.)** *La quinzaine méd. 1892. No. 22. p. 341.*

Die häufigste Form der tabetischen Kehlkopfstörungen besteht in motorischen Lähmungen, die zuerst die Postici treffen und meistens einseitig sind. In dem Maasse, als die Affection vorschreitet, werden die Adductoren betroffen, doch stets später als die Postici; der Musc. thyro-arytaenoideus ist es, der von den in zweiter Linie afficirten Muskeln zuerst ergriffen wird.

Die Ataxie der Stimmbänder bildet eine zweite Form der Kehlkopfstörungen; dieselbe äussert sich in unvollständigen, unterbrochenen oder wiederholten und saccadirten Bewegungen der Stimmbänder.

Die dritte Form der Kehlkopfstörungen bei Tabes äussert sich in Form der Larynxkrisen. J. BARATOUX.

116) **Grabower. Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes dorsalis.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1892. No. 27.*

Fünfunddreissigjähriger Mann, der seit $2^1/_2$ Jahren krank. Linkes Stimmband steht bei ruhiger Respiration fest in einer Position innerhalb der Cadaverstellung, der letzteren ganz nahe. Das Stimmband erscheint schlaff und zeigt entlang seinem freien Rande eine nach innen concave Ausschweifung, welche sich bei der Phonation vollkommen ausgleicht. Bei sehr tiefer Respiration macht das linke Stimmband leichte zitternde Bewegungen nach aussen hin. Bei der Phonation wird das bis dahin schlaffe linke Stimmband sichtlich stark gespannt, die Concavität des freien Randes verschwindet, es legt sich ganz gradlinig, genau in der Mittellinie an das rechte an. Sogleich nach der Phonation rückt das linke Stimmband wieder in seine nahe der Cadaverstellung befindliche Position zurück, während das rechte weit nach aussen geht. Larynxkrisen.

Es besteht also isolirte Lähmung des linken crico-aryt. postic. ohne Contractur der Antagonisten bei einem Tabiker. LANDGRAF.

117) **Erbach** (Flonheim). **Stimmbandlähmung bei multipler Sklerose des Gehirns und Rückenmarks.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Bei einem 24jährigen Manne mit multipler Sclerose des Gehirns und Rückenmarks wurde eine doppelseitige Posticuslähmung und secundäre Contractur des linken Adductors constatirt. (Klinik von Riegel.) SEIFERT.

118) **Raugé. Ueber die Seltenheit der corticalen Kehlkopflähmung. (A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales.)** *Progrès méd. 1892. p. 165.*

Die früheren Experimentatoren Ferrier, Duret u. A. haben das Centrum für die Phonation nicht entdeckt, weil sie fälschlicher Weise davon ausgingen, dass der Phonationsakt ein unzerlegbares Ganze sei. Das Verdienst von Krause, von Masini, Semon und Horsley war es, dass sie aus dem Gesammtakt den Theil loslösten, der dem Larynx selbst zukommt, und dass sie diesen gesondert studirten. Trotz der Sorgfalt aber, die man gerade dem Studium der Kehlkopflähmungen cerebralen Ursprungs zugewandt hat, sind die Beobachtungen über diese sehr selten. Diese Thatsache wäre nach Horsley und Semon darauf zurückzuführen, dass die Glottisbewegungen auf beiden Seiten fortdauern können nach totaler Zerstörung eines der Kehlkopfcentren und selbst nach Abtragung einer ganzen Hemisphäre.

Wenn die corticalen Kehlkopflähmungen so selten sind, so liegt das daran, dass wir sie nicht erkennen können (? F. S.). Die corticalen Kehlkopflähmungen äussern sich nur durch Störungen der Stimme, niemals durch Symptome seitens der Athmung; die Läsion der Stimmbänder ist eine einseitige: sie coincidirt mit den Symptomen der Aphasie. Ein Symptom, das auf diese Krankheit hinweist, ist die mechanische Störung in den Bewegungen oder der Stellung der Stimmbänder, mit einem Wort die Veränderung des Glottisbildes. Wenn der Patient einen Ton hervorbringen will, setzt nur das gesunde Stimmband sich in Bewegung; das kranke bleibt passiv in der Stellung der respiratorischen Abweichung: es kann sich nicht einmal bis zur Cadaverstellung nähern. (Die Zeit wird lehren, in wie weit diese rein theoretischen Deductionen der Wirklichkeit entsprechen. F. S.) Diese permanente Stellung eines Stimmbandes in der Athemstellung beobachtet man weder bei bulbären Lähmungen, wo man im Gegentheil eine mangelhafte Abduction constatirt, noch bei den Recurrensparalysen, die eine wirkliche Cadaverstellung verursachen, wenn sie complet und destructiv sind, oder aber eine permanente Abduction, wenn sie incomplet (Semon's Abductorenlähmung) oder einfach irritativ sind (Krause's totale Contractur). Bei der Hysterie jedoch können ebenfalls die Stimmbänder in extremer Abduction fixirt sein bei absoluter Impotenz im Sinne einer Abduction; hierbei aber sind die motorischen hysterischen Störungen stets doppelseitig. J. BARATOUX.

119) **W. Robertson** (Newcastle). **Kehlkopflähmung bei Kindern. (Laryngeal paralysis in infants.)** *Lancet. 10. Sept. 1892.*

Klinische Bemerkungen über 6 Fälle, welche der Verf. als Kehlkopflähmungen ansprechen zu dürfen glaubt, obgleich der Kehlkopf bei ihnen nicht besichtigt werden konnte. Es ist nicht ganz klar, warum Verf. annimmt, dass die Lähmung in diesen Fällen durch locale Ursachen bedingt war; aber es scheint, als wolle er dadurch die Auskratzung des Nasopharynx als das die besten Erfolge in solchen Fällen gebende Mittel empfehlen. MACKENZIE JOHNSTON.

120) **H. Smith** (Indien). **Kehlkopflähmung nach Masern. (Laryngeal paralysis — a sequel of measles.)** *Brit. Med. Journ. 19. Nov. 1892.*

Im Verlauf einer milden Masernepidemie beobachtete Verf. 3 Fälle, in

denen Aphonie in Folge von Kehlkopflähmung für eine kurze Zeit auftrat; Dyspnoe oder sonstige Symptome fehlten. MACKENZIE JOHNSTON.

121) **Gouguenheim. Lähmung der Glottis-Erweiterer. (Paralysie des muscles dilatateurs de la glotte.)** *Annales de méd. 1892. No. 50. p. 393.*

G. behandelt die alte Frage der Adductoren und Abductoren. Worauf, fragt er, ist ein so häufig beobachtetes Symptom, die Adduction der Stimmbänder zu beziehen? G. will der erste gewesen sein, der schon im Jahre 1878 diesen Zustand auf eine Contraction der Stimmbänder zurückgeführt hat. Er hat diese Anschauung vertheidigt, so fährt er fort, nicht nur mit pathologisch-anatomischen Gründen, sondern auch von klinischen Gesichtspunkten aus; er konnte bei Sectionen eine Compression der Recurrensnerven ohne Läsion der Abductoren constatiren und er sah ferner, dass unter Chloroformeinwirkung diese Adduction sich merkbar verringerte. Er hat danach diese Thatsachen früher erkannt als Krause (Berlin) und Hooper (Boston). J. BARATOUX.

122) **J. Wright. Ein Fall von Abductorenparalyse beider Stimmbänder. (A case of abductor paralysis of both vocal cords.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 8. Oct. 1892.*

Pat. war eine 26jährige Dame; die Ursache der Störung war unbekannt, es stellten sich Erstickungsanfälle ein, in deren einem die Pat. starb. Die Section war nicht zu erlangen.

W. glaubt, dass in solchen Fällen die Exstirpation der Stimmbänder gerechtfertigt wäre. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **Clinton Wagner. Ein Fall von doppelseitiger Lähmung der Abductoren der Stimmbänder. (A case of bilateral paralysis of the abductors of the vocal cords.)** *N. Y. Med. Record. 17. Dec. 1892.*

Der gut beobachtete Fall ist von Interesse deswegen, weil die Ursache der Lähmung sich nicht recht sicherstellen liess und weil eine erhebliche Besserung in dem Allgemeinzustand des Patienten nach der Ausführung der Tracheotomie sich zeigte. LEFFERTS.

124) **Hendrik Burger. Die Frage der Posticuslähmung.** *Sammlung klin. Vorträge (Volkmann) No. 57. 1892.*

Ein ausgezeichneter Essay, der unter Berücksichtigung der gesammten einschlägigen Literatur und bei ruhiger kritischer Würdigung der mit dieser Frage in Zusammenhang stehenden Beobachtungen und Experimente zu dem Schluss kommt, dass das Semon'sche Gesetz zu Recht bestehe, während die Krause'sche Anschauung der primären Adductorencontractur keine Existenzberechtigung besitze.

Es ist nicht möglich, im Rahmen eines Referats diese Arbeit voll zu würdigen; es sei daher nur das wichtigste herausgegriffen und das Original der Lectüre angelegentlichst empfohlen. B. zeigt, dass die nach dem Jahre 1883 (Semon's grössere Arbeit) gewonnenen casuistischen Erfahrungen die Richtigkeit des Semon'schen Gesetzes bestätigen und die auffällige Erscheinung der Posticus-

lähmung durch neuere Untersuchungen erklärt und mit allgemeinen physiologischen Principien und anatomischen Kenntnissen in Einklang zu bringen ist.

Einmal sind die Adductoren die an Kraft bedeutend überwiegende Muskelgruppe, so dass bei gleich fester Contraction sämmtlicher Kehlkopfmuskeln eine Adductionsbewegung erfolgt, dann aber ist ein Unterschied des Ernährungszustandes und der biologischen Zusammensetzung der Ab- und Adductoren erwiesen (Hooper, Semon-Horsley, Fränkel, Gad u. A.) und schliesslich sind in physiologischer Beziehung die von Fränkel zur Klärung der Frage herbeigeholten Zederbaum'schen Experimente von grosser Bedeutung. B. stellt sich nach alledem den Vorgang so vor:

1. Compression des Recurrens, Aufhebung des Erweiterertonus, Cadaverstellung des Stimmbandes bei unbehinderter Phonation. 2. Inactivitätsatrophie des Posticus. 3. Secundäre Contractur der Glottisschliesser — eine Theorie die das Semon'sche Gesetz zuvörderst für die peripheren Lähmungen befriedigend erklärte. Bezüglich der mit centraler Ursache erwähnt er, dass 1. die Centren der Athmung und Phonation anatomisch scharf differenzirt sind; 2. durch eine bilaterale Affection des Respirationscentrums im Bulbus bei den eigenthümlichen Ernährungsverhältnissen der Larynxmuskeln der Tonus der Erweiterer aufgehoben werde und die dadurch bedingte Inactivität des Posticus eintrete; 3. dagegen eine vollständige Lähmung und Atrophie der Adductoren nicht auf Grund einer Zerstörung der cerebralen Phonationscentren eintreten kann, vielmehr könnten im schlimmsten Fall die Schliessmuskeln nur dem Einfluss des Willens entzogen sein. — 4. Eine geringgradige Affection der intrabulbären Wurzeln der motorischen Kehlkopfsnerven wird im Allgemeinen auf die schwächeren Stimmbandabductoren einen schlimmeren Effect ausüben. —

Was die Krause'sche Theorie angeht, so ist einmal der an den Hunden von ihm erzielte Process keine reine neuropathische Contractur; sie würde ein vollkommenes Novum bilden. Gegen sie spricht die von K. selbst gesehene Trübung und undeutliche Querstreifung der Postici, die inspiratorische Adduction der Stimmbänder, Mitbewegungen, die merkwürdigerweise nur die Adductoren treffen sollen; dieser motus perversus spricht eben gerade für Posticuslähmung. Dann ist der an den Hunden erzeugte künstliche Process mit dem am Menschen beobachteten nicht identisch, bei welch letzterem es sich um eine sich langsam entwickelnde Ursache handelt; auch die am Hunde gesehenen Erscheinungen, die vibrirenden Muskelzuckungen, sind am Menschen nie beobachtet worden. Ferner spricht die Schlaffheit der Stimmbänder für eine Lähmung, ebenso wie die wenig beeinträchtigte Reinheit der Stimme, die sonst vielmehr eine gewisse Aehnlichkeit mit der bei Dysphonia spastica haben würde.

Alle diese Gründe sind auch verwerthbar für die Fälle mit centraler Genese; ferner gehören hierher die Beobachtung gleichzeitigen Bestehens von Medianstellung mit Lähmung und Schwund der unteren Partien der Mm. trapez. resp. des Cucullaris und Sternocl. u. a., das Hand in Hand gehen mit anderen Lähmungserscheinungen des inneren Accessoriusastes sowie die gewöhnlich beobachtete Beschleunigung des Pulses. Andererseits lösen sich die neuropathischen Contracturen besonders im Schlaf (Hitzig, Erb), während bei doppelseitiger

Recurrenserkrankung gerade im Schlaf der höchste Grad geräuschvoller Inspiration vorhanden ist.

Gegen eine Reflexcontractur spricht die motorische Eigenschaft des Recurrens; enthielte er selbst centripetale Fasern, so lassen sich doch auch am durchschnittenen Nerven dieselben Erscheinungen auslösen; übrigens ist es B. nicht gelungen, durch Reizung des centralen Recurrensstumpfs irgend welchen Effect zu erzeugen.

Schliesslich recurrirt Verf. in einem Nachtrag u. a. noch auf die Untersuchungen von Russell, der die ab- und adductorischen Fasern des Recurrens am lebenden Thier anatomisch zu isoliren im Stande war und gezeigt hat, dass bei Austrocknung des Nerven das Leitungsvermögen der Abductorfasern früher erlischt.

A. ROSENBERG.

125) **Gouguenheim. Kehlkopflähmungen. (Des paralysies du larynx.)** *Ann. de méd. 1892. p. 177 u. 193.*

Eine Vorlesung über diesen Gegenstand; enthält nichts Neues.

J. BARATOUX.

126) **S. West** (London). **Ein Fall von hysterischer Lähmung der Abductoren des Kehlkopfs und des Zwerchfells verbunden mit eigenthümlichen Bewegungen des Gaumens. (Case of hysterical paralysis of the abductors of the larynx and of the diaphragm associated with peculiar movements of the palate.)** *Lancet. 6. August 1892.*

Betroffen von dieser ungewöhnlichen Affection war eine Frau von 38 Jahren, die wegen schwerer Dyspnoe in das Hospital aufgenommen war. Das Diaphragma schien vollständig gelähmt zu sein und der Kehlkopf bewegte sich bei der Athmung nicht. Der Gaumen wurde bei der Inspiration mit Heftigkeit nach oben gezogen und blieb während der Expiration ganz schlaff. Die Stimmbänder waren während der Inspiration dicht bei einander gestellt und nahmen bei der Expiration Cadaverstellung an. Es wurde die Diagnose auf Hysterie als Ursache dieser Symptome gestellt und beschlossen, die Intubation vorzunehmen und nicht zu tracheotomiren. Ausserdem wurde der unterbrochene Strom applicirt und in der That war nach ein paar Tagen der ganze Symptomencomplex beseitigt.

MACKENZIE JOHNSTON.

127) **Posthumus Meijes. Behandlung der functionellen Aphonie. (Behandeling van de functioneele Aphonie.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 15. 1892.*

Nach einer kurzen Erwähnung desjenigen Zustandes von Mutismus hysteric., welchen Solis Cohen Apsithyria genannt hat, beschreibt M. die Behandlung der functionellen Aphonie nach der Scheinmann'schen Methode: Der Suggestionsmethode, besonders bei denjenigen langwierigen Fällen von typischer hyst. Aphonie, welche jeder gewöhnlichen Behandlung Widerstand geleistet haben. Die Methode besteht aus zwei Theilen: 1. die Kranke spricht mit heller Stimme die Vokale aus resp. nach; 2. soll sie den mit dem Vocal verbundenen Ton zum Bewusstsein bringen.

Da jede Aphonica husten kann, so rege man sie an zu räuspern, während man selbst den mit dem Husten und Räuspern verbundenen Ton anhält; ist der Ton da, dann soll ein Vokalklang entstehen, was geschieht, wenn die Kranke den Mund öffnet und die Mundhöhle als Resonator gebraucht. Ist a rein gesagt, so folgen die anderen Vokale bald durch die richtige Mundstellung. Um selbstständig sprechen zu lernen, dämpft man, sobald man die Kranke den Vokal laut sagen lässt, die eigene Stimme mehr und mehr, bis die Kranke nur sich selbst hört. Damit hat sie die Ueberzeugung gewonnen, dass sie ihr dem Willen entzogenes Stimmorgan, wieder zurückbekommen hat. Zur Verhütung von Recidiven hält M. es für nothwendig, täglich $^1/_2$ Stunde Sprechübungen zu machen unter Leitung einer sachverständigen Gesangslehrerin. Jede Aphonia hyst. soll nach M. durch diese Methode zu heilen sein, wenn nur der Wille da sei (und dieses ist leider in vielen derartigen Fällen nur rudimentär oder äusserlich da! Ref.) Für die functionelle Aphonie, die schnelle Ermüdung der Stimme bei Predigern, Sängern etc., nach M. meist Folge von unmethodischem Sprechen (und Athmen! Ref.), sollen die Sprechübungen meist Heilung bringen neben einer allgemeinen und wenn nöthig localen Behandlung. MOLL.

128) **P. Koch. Einige Beobachtungen betreffend die hysterische Stummheit. (Quelques observations sur le mutisme hysterique.)** *Ann. de malad. de l'oreille, du larynx etc. Juli 1892.*

Der Verf. zeigt, was unter hysterischer Stummheit zu verstehen ist; man dürfe diese nicht mit der Aphonie und nicht mit der Taubstummheit zusammenwerfen. Bei der hysterischen Stummheit ist die Articulation der Worte nicht gestört, ferner können die Hysteriker bei dieser Affection ihre Gedanken durch die Schrift zum Ausdruck bringen. Die Prognose ist günstig. Eine specifische oder überhaupt eine rationelle Behandlung der Krankheit existirt nicht.

E. J. MOURE.

129) **James Q. Bach. Hysterische Aphonie mit besonderer Bezugnahme auf eine neue Behandlungsweise und mit Bericht über einige Fälle. (Hysterical aphonia with especial reference to a plan of treatment and a report of cases.)** *N. Y. Med. Journ. 22. Oct. 1892.*

Die Behandlung, auf die B. die Aufmerksamkeit zu lenken sucht, will mit allen älteren Methoden aufräumen und indem sie den Pat. auf inductivem Wege lehrt, die Controle über seinen Larynx wieder zu gewinnen, die Stimmbandmuskeln richtig zu innerviren und den Ton hervorzubringen, will sie die Behandlung auf einer wissenschaftlichen Basis aufbauen.

Wo der Pat. nicht im Stande ist, zu flüstern, bedarf es noch einiger vorbereitender Schritte, ehe man versuchen lassen kann, Töne hervorzubringen. Man leitet den Pat. an, tief einzuathmen und dann wieder auszuathmen mit gespitztem Munde, dann lässt man beim Ausathmen die Zunge gegen die oberen Zähne drücken, wobei der Ton S gebildet wird. Mit wenigen Minuten der Uebung wird man den Pat. in den Stand setzen, einen jeden Buchstaben zu hauchen, wenn

er die Zunge und die oberen Partien des Halses in der richtigen Stellung hält. Sollte der Pat. sich der Bildung der Flüsterstimme in der Weise zu entziehen suchen, dass er den Athem anhält, so wird ein plötzlicher Druck des Arztes auf die Brust des Patienten, genügend stark, um die Luft auszutreiben, mit einem Schlage über diesen Fehler hinweghelfen und der Pat. ist in ein paar Secunden wieder so weit, dass er flüstern kann. Der moralische Effect dieses Eingriffs wirkt gewiss günstig mit. Wir sind jetzt soweit, dass zur Vokalisation übergegangen werden kann.

Die grösste Schwierigkeit bei dem hysterischen Patienten ist die Hervorbringung des ersten Tones, da solche Patienten gewöhnlich nicht im Stande sind, aus eigener Anstrengung irgend einen Ton zu produciren. Diese Anfangsschwierigkeit nun kann aber stets in wenigen Augenblicken mit Hülfe einer Reflexaction überwunden werden. Zu diesem Zwecke wird ein mildes Reizmittel, mechanischer oder chemischer Natur, auf den Larynx applicirt, so dass Husten ausgelöst wird. Wenn jedoch die Anaesthesie im Kehlkopfinnern gross ist, kann es nöthig werden, eine nicht-reizende Flüssigkeit — z. B. warmes Wasser — in den Kehlkopf zu injiciren, damit sie in die Trachea hinabläuft, wo sie leicht Husten erregt. Dieser Akt erfordert natürlich von Seiten des Patienten keinerlei Anstrengung. Hat man diesen Husten ein- oder zweimal hervorgerufen, so wird ihn der Pat. selbst reproduciren können, unabhängig von dem Reize. Der Husten ist kurz und von explosivem Character. In Verbindung mit diesem Husten ist es gut, den Patienten bei geschlossenem Munde eine räuspernde Bewegung des Halses machen zu lassen, so als ob er versuchen wolle, Schleim aus dem Rachen herauszubringen, der Arzt unterstützt dabei den Kehlkopf mit der Hand und übt gleichzeitig einen leichten Druck seitlich aus.

Nach 5 oder 6maliger Wiederholung des Hustens wird der Pat. genügende Controle über seine centralen Reizimpulse gewonnen haben, um Husten hervorzubringen. Jetzt wird ihm die einfache Aufgabe gestellt, diesen Husten fortzusetzen und dabei, mehr oder weniger scharf, den Vocal „a“ bei jedem Hustenstoss auszusprechen; nach ein paar Bemühungen lässt man statt das „a“ das „e“ setzen und so fort, bis alle Vocale durchgehustet sind. Nachdem wir dies mehrere Male wiederholt, ist es leicht das Element des Hustens aus der Lautbildung ganz auszuschalten, es bleibt dann der reine Vocallaut zurück und nun combinirt man diesen, ohne Anstrengung von Seiten des Patienten, mit Consonanten, z. B. mit „d“ — „ad“, „ed“, „id“, „od“, „ud“, zuerst den Vocal vor dem Consonanten und dann umgekehrt. Es ist nicht rathsam die Articulation von Worten schon in diesem Stadium zu versuchen, sondern besser combinirt man noch weiter Vocale mit einzelnen Consonanten und lässt dabei die Dauer des Tones langsam ansteigen. So führt man den Patienten dazu Worte zu sprechen, ohne dass er Widerstand leisten kann, bewusst oder nicht. Die Zeit, die dieses Vorgehen in Anspruch nimmt, braucht nicht mehr als $^1/_2$ Stunde zu betragen, doch ist es rathsam mehrere Sitzungen vorzunehmen; damit dem Pat. die Möglichkeit genommen wird rückfällig zu werden, präge man ihm die Thatsache ein, dass der Ton, den er hervorgebracht hat, ein Product seiner eigenen

Bemühung ist und dass es einen Nachlass seiner Willensanstrengung bedeutet, wenn er jetzt die Stimme wiederum verliert. Man zeige ihm, wie er, wenn nothwendig durch das Husten, denselben Process noch einmal durchmachen kann.

LEFFERTS.

130) **Wellenbergh. Ueber sogenannte aphasische Störungen. (Over zoogenaamde aphasische stoornissem.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Mittheilung in der Amsterdamer Med. Gesellschaft. BAYER.

131) **Moeli. Ueber den gegenwärtigen Stand der Aphasie.** *Med. pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Februar 1892.*

Zusammenfassende Darstellung des gegenwärtigen Standes der Aphasie.

SEIFERT.

132) **Simon (Grabow). Ueber amnestische Aphasie.** Dissertation. Berlin 1892.

Ein 42jähriger Mann erlitt einen apoplectischen Insult, nach welchem rechtsseitige Hemiparese und amnestische Aphasie mit Paraphasie zurückblieb, ausserdem fanden sich auch agraphische und alectische Störungen. SEIFERT.

133) **Brock (Frankfurt a. O.). Ueber einen Fall von transcorticaler motorischer Aphasie.** Dissertation. Berlin 1892.

Bei einer 77jährigen Frau trat nach einem apoplectischen Insult rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie auf und zwar fand sich bei ihr der Uebergang einer Aphasieform in die andere und Abklingen der Sprachstörung.

SEIFERT.

134) **Raugé. Die psycho-motorischen Centren der articulirten Sprache. (Sur les centres psycho-moteurs de la parole articulaire.)** *Bulletin méd. 1892. p. 1024.*

Indem man die Broca'sche Windung zu dem einzigen und für die Bildung der Sprache ausreichenden Centrum macht, scheint man anzunehmen, dass alle zur Hervorbringung des gesprochenen Wortes nothwendigen Bewegungen ausschliesslich in dieser Zone ihren Ursprung haben. Um sich von dem Gegentheil zu überzeugen, braucht man blos die verschiedenen mechanischen Phänomene zu analysiren, die zur Bildung des Wortes zusammenwirken. Auch haben die einzelnen Acte, aus denen das gesprochene Wort resultirt, nur durch ihre Vereinigung Werth und sie würden für sich allein keinen nützlichen physiologischen Effect vollbringen. Der eine von beiden, bei Ausfall des anderen, würde nur eine absolut unproductive und zwecklose Contraction der Glottis, der andere eine vergebliche Bewegung der Lippen und der Zunge hervorbringen; der dritte vielleicht mehr oder weniger regelmässige Exspirationen, die aber vollständig aphonisch wären. Die Leistung des Gesammtactes erfordert die beständige Cooperation jedes der drei Componenten und die Centren, die diese leiten, müssen während der Phonation unaufhörlich spielen: das eine leitet beim Sprechen den Rhythmus und die Intensität, das andere die Intonation, während das dritte der Articulation der Worte vorsteht. J. BARATOUX.

135) **Brunot. Die Schreibung der Sprache. (L'inscription de la parole.)** *La Nature. 1892. 16. Juli.*

Dem Abbé Rousselot ist es gelungen mit Hülfe einer Reihe dazu nothwendiger Apparate das Gesammt der Bewegungen eine nach der anderen zu registriren, welche zusammen ein Wort oder einen Satz ausmachen. Bei der Aufnahme der Bewegungen, die das Wort zusammensetzen, beginnt Rousselot mit dem Kehlkopf. Die Vibrationen desselben werden mit Hülfe einer auf den Hals aufgesetzten Metallkapsel durch einen Schlauch auf die Registrirfeder übertragen. Für die Bewegungen der Zunge wird ein ähnlicher Apparat benutzt, die Kapsel desselben kommt unter das Kinn. Für die Registrirung der Oeffnung und des Schlusses der Lippen dient eine Doppelkapsel, die mit zwei Federn verbunden ist. Für die Nase dient der Rosapelly'sche Explorator. Die Schreibung der Sprache wird es ermöglichen die Verschiedenheiten in der Aussprache einer Sprache, eines Dialektes und eines jeden Idioms festzuhalten und zwar nicht mehr nur so ungefähr; man wird sich nicht mehr auf das Ohr als auf den einzigen Zeugen zu verlassen brauchen; dieses fasste aber auch zwischen der Sprache mehrerer Personen nur die beträchtlicheren Unterschiede auf.

J. BARATOUX.

136) **G. Wilkinson. Die Stimme als musikalisches Instrument durch Krankheit afficirt. (The voice as a musical instrument by disease affected.)** *Omaha Clinic. Juli 1892.*

W. betont, wie wichtig es ist, dass Nase und Rachen von Verstopfungen frei sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **J. Mount Bleyer. Diät und Verdauung: ihr Einfluss auf die Stimme. (Diet and digestion: their influence on the voice.)** *N. Y. Medical Record. 17. Dec. 1892.*

B. hielt einen Vortrag über obiges Thema und demonstrirte dabei die Stimme des Alkoholikers mit dem Phonographen. Die Einleitung der Arbeit giebt eine philosophische Betrachtung über die Diät und die Verdauung; der nächste Abschnitt behandelt die physiologischen Fragen, die Ernährung, den Körperverbrauch und seinen Ersatz, die Zusammensetzung der Nahrungsmittel u. s. w. Zuletzt werden einige Massnahmen besprochen, die man bei der Ernährung zu beachten hat, um die Integrität der Stimme zu bewahren. — Nach Schluss seines Vortrages führte B. mittelst des Phonographen ein Beispiel von chronischer alkoholischer Laryngitis vor, wie sie sich bei Trinkern findet, und im Gegensatz dazu eine nicht-alkoholische Stimme. Die Phonogramme gelangen sehr gut.

LEFFERTS.

138) **A. B. Thrasher. Die Wirkung der intra-nasalen Verstopfung auf die Singstimme. (The effect of intra-nasal obstructions on the singing voice.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 8. Oct. 1892.*

T. gelangt zu folgenden Sätzen:

1. Intrasanale Verstopfungen bilden eine häufige und ernste Ursache der Störungen der Singstimme.

2. Gewöhnlich ist die Verstopfung begleitet von einer Affection des weichen Gaumens, weniger häufig von Rachen- und Kehlkopf-Erkrankungen.

3. Wo nur eine einfache Verstopfung der Nase ohne Complication mit Gaumen-, Rachen-, oder Kehlkopf-Erkrankung vorliegt, da ist nur das Timbre der Stimme afficirt.

4. Sind gleichzeitig die Bewegungen des weichen Gaumens behindert, so leiden das obere Register und das mittlere, ausserdem ist die Qualität der Stimme beeinträchtigt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **O. Prescott Bennett. Die Falsett-Stimme. (The falsetto-voice.)** *N. Y. Med. Record. 5. Nov. 1892.*

Dieser Mangel ist zweifelsohne bedingt durch eine unrichtige Verwendung der Phonationsmuskeln. Die betr. Patienten sprechen mit eingezogenem Abdomen, wodurch die gesammte Muskulatur der Brust und des Halses nicht nur in ihrer Leistung beschränkt, sondern fast ganz gehemmt wird. Mulhall und Glasgow glauben die Sache durch eine spasmodische Affection der Arytaenoidmuskeln erklären zu können, doch sieht B. den Grund des Leidens mehr in einer willkürlichen Stimmleistung, mit der zur Pubertätszeit angefangen und die dann zur Gewohnheit wurde.

Manche Autoren betonen, andere aber leugnen es, dass die Fistelstimme ebenso durch verschiedene Erkrankungen der oberen Luftwege, wie durch den fortdauernden Gebrauch des oberen Stimmregisters verursacht sein kann. B. vermag nicht einzusehen, auf welche Weise ein pathologischer Zustand dieser Theile eine derartige Eigenthümlichkeit der Stimme verursachen oder wie dessen Beseitigung eine Heilung herbeiführen soll. Der Fehler ist ein rein physiologischer, bestehend in dem falschen Gebrauch der Stimme. Um ihn zu heilen, ist es einfach nöthig, den Pat. davon zu überzeugen, dass das tiefere und nicht das höhere Register das normale ist und ihm zu demonstriren, dass er, wenn er will, stets dies tiefere Register beherrscht.

LEFFERTS.

140) **S. J. Taylor** (Norwich). **Wiederherstellung der Stimme $14^1/_2$ Jahr nach ihrem Verlust. (Recovery of voice fourteen and a half years after it loss.)** *Brit. Med. Journ. 19. Nov. 1892.*

Kurzer Bericht über einen Fall von functioneller Aphonie bei einem älteren Mädchen, die seit vielen Jahren bestanden hatte. Der Zustand verschwand bald nach einer Operation, die zur Entfernung einer Ovarialcyste vorgenommen worden war.

MACKENZIE JOHNTON.

141) **Eich. Stottern und Stammeln, ihre Ursache und Heilung.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 28. 1892.*

Beide Uebel beruhen in der Schwierigkeit der Aussprache der Vocale und sind immer psychischer Natur. Die ersten Ursachen finden sich in der Kinderstube; ein Kind, das schlecht sprechen hört, lernt selbst schlecht sprechen; ausserdem spielt die Nachahmung eine grosse Rolle, daher die Heredität. Heftiger Schrecken und erster Schulbesuch erzeugen oft die Uebel. Eich verwirft zur Heilung ganz die künstliche Respiration sowie das Unterbringen der Sprachkranken in Anstalten;

seine eigene Methode muss im Original nachgelesen werden, ebenso die Bemerkungen, die Hellermann an den Vortrag knüpfte. SCHECH.

142) **Chervin. Differentialdiagnose zwischen Stottern und anderen Sprachstörungen. (Diagnostic différentiel du bégaiement et des autres troubles de la parole.)** *Union méd. 26. Juli 1892.*

Das Stottern resultirt aus einem Mangel an Harmonie zwischen den verschiedenen Akten, die zusammenwirken zur articulirten Sprache. Der Athmungsrhythmus bei dem Sprechen der Worte umfasst 3 Zeiten von sehr ungleicher Dauer, trotzdem aber scharf getrennt: die Ruhe, die Inspiration, die Exspiration. Sowie dieser Rhythmus in seiner Regelmässigkeit irgendwie leidet, ist die Phonation gestört. Bei gewissen Formen von Stottern will der Pat. während der Inspiration sprechen, nach Art der Bauchredner; und ausserdem statt natürlich und ohne Anstrengung einzuathmen, aspirirt er die Luft heftig, ruckweise. Ein Anderer spricht während der Exspiration, aber er weiss die während einer ausreichenden Inspiration in die Lunge aufgenommene Luft für die Phonation nicht zu verwerthen. Statt mit dem Reden zu beginnen, sobald das Exspirium beginnt, lässt er erst einen grossen Theil der Luft entweichen, der für die Sprache somit rein verloren geht. In anderen Fällen wiederum dirigirt der Stotterer den Luftstrom durch die Nase statt durch den Mund. Unter gewissen Umständen schliesslich kommt das Stottern bald inspiratorisch, bald exspiratorisch zu stande.

J. BARATOUX.

143) **Rinkes. Ueber die Sprache und Sprachgebrechen. (Over de spraak en de spraakgebreken.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Octobersitzung der Medicin. Gesellschaft von Heerenveen hielt R. einen Vortrag über den angeführten Gegenstand. BAYER.

144) **H. Gutzmann** (Berlin). **Casuistische Beiträge zur Kenntniss der Sprachstörungen.** *Med. pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 12. 1892.*

G. fordert die Mitarbeiter auf dem grossen Gebiete der Sprachheilkunde auf, mehr als bisher specifisches Material beizutragen. Er selbst bringt in erster Linie einige Beispiele von functionellem Stammeln. Bei einem dieser Fälle handelte es sich um „Bradyphasie“, d. h. langsame und träge Sprachbewegungen, in den anderen Fällen um Störungen in der Sprachentwickelung derart, dass eine besondere Vorliebe für einen oder den anderen Laut bestand, der stets an Stelle anderer gebraucht wurde. Weitere Fälle zeigen, dass Stottern bei prädisponirten Menschen durch heftige psychische Erregung (Schreck) erzeugt werden kann. In anderen Fällen war eine zweifelloser Zusammenhang zwischen chronischem Kehlkopfkatarrh und Stottern nachweisbar. SEIFERT.

145) **F. Jolly. Ueber Hysterie bei Kindern.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 34.*

Unter den hysterischen Symptomen erwähnt Jolly anfallsweises oder auch längere Zeit bestehendes Stammeln, vorübergehende oder länger dauernde Stummheit, letztere auch im Verein mit Taubheit. LANDGRAF.

146) **A. Rosenberg. Die Störungen der Sprache und Stimme bei Paralysis agitans.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 31.*

R. macht darauf aufmerksam, dass dem Kehlkopfbefund bei Par. ag. bisher wenig Beachtung geschenkt sei. In seinem Fall hatte die Sprache einen zitternden Character — bedingt durch die Schüttelbewegungen des Kopfes. — Abgesehen davon war die Sprache zerhackt, es traten willkürliche Pausen ein, gewöhnlich zwischen die Silben eines längeren Wortes, aber auch zwischen 2 Worte fallend. Die Pausen waren von verschiedener Dauer. An den Schüttelbewegungen betheiligte sich das Velum pal. und die Epiglottis. Die Stimmbänder zeigen eine Verzögerung bei intendirter Phonation, ferner einen Wechsel der Spannung, ein Kürzer- und Längerwerden derselben. Die Frage, ob diese Bewegungsstörungen als characteristisch für die Paral. agit. gelten können, wird nach Vergleich der Störungen bei Hysterie, Sclerose, Tabes, progressiver Muskelatrophie, Chorea dahin beantwortet, dass die Motalitätsstörungen bei Par. ag. wohl eine Aehnlichkeit mit den Störungen insbesondere bei multipler Sclerose zeigen, — sich aber doch deutlich von ihnen unterscheiden und dieselben Charactere zeigen, wie die afficirten übrigen Körpertheile: Tremor, Verlangsamung, raschere Ermüdung.

LANDGRAF.

147) **Müller** (Barmen). **Beitrag zur Lehre von der Aphthongie.** Dissertation. Berlin 1892.

Fall aus der Poliklinik von Mendel, betr. ein zwölfjähriges Mädchen, bei welchem in ganz typischer Weise bei der Intention zu sprechen, Krämpfe im Gebiete des Hypoglossus auftraten. Die Krämpfe verschwanden sofort, wenn der Sprachversuch aufgegeben wurde. Im Uebrigen konnten Zunge und Lippen frei bewegt werden und auch der Kau- und Schlingakt gingen ohne Hinderniss von Statten.

Von der Patientin wurde mit Erfolg ein einfaches Verfahren angewandt, das darin bestand, bei jedem eintretenden Zungenmuskelkrampfe mit ihren Fingern etwas oberhalb des Kehlkopfes auf beiden Seiten des Halses einzudrücken.

SEIFERT.

148) **H. Gutzmann** (Berlin). **Ueber den Sigmatismus und seine Beziehung zu Zahndefecten und Zahnmissbildungen.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1892. No. 22.*

Besprechung obigen Themas im Verein für innere Medicin, aus welcher hervorzuheben ist, dass Behinderungen der Nasenathmung kaum in der Hälfte der Fälle vorhanden waren.

LANDGRAF.

149) **H. Gutzmann. Vorlesung über die Störungen der Sprache und ihre Heilungen.** Berlin, Fischer's med. Buchhandl. H. Kornfeld. 1893.

Im Wesentlichen ist das Buch Gutzmann's eine Zusammenstellung der Vorträge, welche er über Sprachstörungen für Aerzte und Lehrer seit dem Jahre 1888 gehalten hat, daraus ergeben sich naturgemäss Schwierigkeiten in der Darstellung, welche, obgleich wissenschaftlich gehalten, doch für den Laien gut verständlich sein soll. In der ersten Vorlesung bespricht G. die für die Sprach-

erzeugung wichtige anatomische Bauart und physiologische Function der Sprachwerkzeuge mit ihren Beziehungen zu den Sprachstörungen, Sprachentwickelung beim Kinde, die hygienischen und prophylaktischen Massregeln in der Familie gegen die Entstehung von Sprachstörungen. Von besonderem Werthe sind die Vorlesungen über Taubstummheit und über Stottern und Stammeln, welchen Sprachstörungen 5 Vorlesungen gewidmet sind. Die mechanischen Dyslalien und die centralen Sprachstörungen sind in je einem Abschnitte behandelt, den Schluss bildet die Geschichte der Sprachheilkunde und die Literatur. SEIFERT.

150) **H. Gutzmann** (Berlin). **Die Momentphotographie in der Sprachheilkunde.** *Med. pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 7. 1892.*

G. zeigt an einem Fall, in welchem es sich (bei einem Stotterer) um einen sogen. unwillkürlichen Kiebitzgang handelte, dass man auch bei complicirteren Mitbegrenzungen im Gebiete des Sprachorganismus selbst die Momentphotographie anwenden und so die einzelnen Phasen der Bewegung klar fixiren kann. Für den angeführten Fall ist besonders hervorzuheben, dass die bez. unwillkürliche Bewegung beim Gehen und Laufen eintritt, ohne dass der Knabe während des Gehens resp. Laufens spricht. SEIFERT.

151) **Swroblewski. Adenoide Vegetationen bei Taubstummen. (Des vegetations adenoides chez les sourdsmuets.)** *Revue de laryngol., otol. et rhinol. 1. Mai 1892.*

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen sagt Verf., dass diese Geschwülste sich sehr häufig bei Taubstummen vorfinden und dass man sie immer entfernen soll, gleichgiltig, in welchem Alter der Kranke sei. E. J. MOURE.

152) **A. M. Blirs. Bericht über die Untersuchung von 415 jugendlichen Taubstummen in Bezug auf Veränderungen in den Nasenhöhlen, an den Ohren und den Sprachorganen. (General report of an examination of 415 young deafmutes in regard to the nasal chambers, ears and organs of phonation.)** *Phil. Med. News. 18. Nov. 1892.*

Die untersuchten Fälle lassen sich in 3 Gruppen theilen; die erste umfasst die Schüler, deren Erziehung ganz und gar mit Hülfe der „Zeichensprache" geleitet worden war und bei denen man niemals einen Versuch, die Lautsprache zu üben, gemacht hatte. Von den 415 untersuchten Zöglingen gehören 303 zu dieser Gruppe der „Zeichensprecher". Gruppe 2 bilden die Schüler, bei denen die Lautsprache energisch geübt wurde, bei denen das Ziel der Schule war, den Schüler zu befähigen, die Wortsprache zu verstehen und selbst zu gebrauchen. 91 Schüler von den 415 untersuchten gehören zu dieser Gruppe der „Mundsprecher". Gruppe 3 besteht aus solchen Schülern, die zuerst einen Versuch in der Sprechschule gemacht hatten und erst, als sie mit diesem System keinen Erfolg hatten, der Zeichensprechschule zugewiesen worden waren, wo ein weiterer Versuch, die Lautsprache zu üben, dann nicht mehr mit ihnen vorgenommen worden war; zu dieser Gruppe gehören 21 Schüler.

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Zusammen
Nase:				
Deformitäten, bestehend in Deviationen des Septums, Exostosen, Hypertrophie der Muscheln, mit theilweisem oder vollständigem Verschluss einer oder beider Nasenhälften	65	14	4	83
Hintere Hypertrophie der Muscheln	21	1	2	24
Einkeilung der mittleren Muschel in die Nasenscheidewand	14	3	0	17
Bandartige Synechien zwischen Septum und unteren Muscheln	2	2	0	4
Sclerose der Schleimhaut der vorderen Nase	35	7	5	47
Sclerose im hinteren Theil der Nase	13	8	0	21
Atrophie der Nasenschleimhaut	20	2	0	22
Allgemeiner Catarrh infolge von vasomotorischer Parese ohne Deformitäten	13	3	0	16
Adenoide Massen im Rachengewölbe mit vollständigem Verschluss dieses Raumes oder Druck auf die Mündungen der Eustachischen Röhren	57	14	8	79
Zunge:				
Das Bändchen war abnorm kurz	24	0	1	25
Hypertrophie der Zungentonsille (in bemerkenswerthem Grade)	12	1	0	13
Gaumen:				
Abnorm hoch, eng und spitzbogig	8	0	2	10
Abweichung der Raphe von der Mittellinie, meist nach links	6	0	0	6
Doppeltes Zäpfchen	2	0	0	2
Schlaffer und herabhängender weicher Gaumen	2	0	0	2
Tonsillen:				
Grosse Tonsillen, den Raum zwischen den Gaumenbögen ihrer Seite ausfüllend, doch diesem nicht adhärent und keinen Verschluss oder erheblicheren Druck auf die Umgebung bedingend	32	16	1	49
Tonsillen stark hypertrophisch, erkrankt, auf Gaumen oder Zunge drückend und den Rachen erheblich beengend	18	5	4	27
Verwachsung zwischen Tonsillen und Gaumenbögen, die Tonsillen eingekapselt	30	6	5	41

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III	Zusammen
Verengerung des Schlundes durch breite hintere Gaumenbögen mit hohem Ansatz an die Rachenwände	11	0	0	11
Rachen:				
Einfache Hypertrophie der Schleimhautfollikel	23	3	2	28
Sclerose der Schleimhaut mit folliculärer Hypertrophie	9	6	0	15
Einfache Sclerose der Schleimhaut	55	20	5	80
Atrophie der Schleimhaut	8	1	1	10
Venöse Anschwellung stärkeren Grades	22	2	3	27
Kehlkopf:				
Epiglottis abnorm herabgedrückt	14	2	0	16
Infantile Epiglottis	2	0	0	2
Stimmbänder:				
Anscheinend normale Farbe und gewöhnliche Beweglichkeit	83	63	12	158

Wenn diese Statistik sonst nichts beweist, so zeigt sie doch, meint B., die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung des Sprachapparates bei Taubstummen. Ehe man die Lautsprache üben lässt, erfordert es eine vernünftige Therapie, die Sprachorgane in den Stand zu setzen, dass sie in allen Theilen ihre Functionen zu verrichten vermögen. B. ist der Ansicht, dass manches taubstumme Kind in der Lautsprache gescheitert ist oder wenigstens keinen genügenden Grad von Fähigkeit in derselben erlangt hat nicht wegen geistiger Unfähigkeit oder wegen Vernachlässigung seitens des Lehrers, sondern ausschliesslich weil die anatomischen Mängel nicht vorher beseitigt wurden. LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

153) **Richard Landau** (Frankenberg). **Struma acutissima.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 42.*

Bei einem mit einer Struma behafteten Lehrer trat nach einer Bergpartie ohne wesentliche subjective Beschwerden eine Vergrösserung der Struma auf so, dass der Halsumfang von 44 bis 50 cm stieg. LANDGRAF.

154) **Alsberg** (Hamburg). **Struma.** *Aerztl. Verein in Hamburg. 5. IV. 1892.*

A. demonstrirt ein 14jähriges Mädchen, bei welchem wegen Trachealstenose eine partielle Strumectomie gemacht worden war (ohne Tracheotomie). A. spricht sich gegen die Tracheotomie bei Struma aus. SEIFERT.

155) **Rothschild** (Homburg). **Zur Casuistik maligner Neubildungen am Halse.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

R. beschreibt einen Fall von Struma maligna bei einer 61jährigen Frau. Der Fall ist dadurch interessant, dass die Sarcomentwicklung offenbar gleichzeitig in den beiden Seitenlappen stattgefunden hatte.

Die Trachea war in mässigem Grade comprimirt (Säbelscheidenform), obgleich der Tumor die Trachea ganz umfasst hatte. SEIFERT.

156) **W. Keetley** (London). **Thyroidectomie. (Thyroidectomy.)** *British Med. Journ. April 9. 1892.*

Demonstration eines 12jährigen Mädchens vor der West London Medico-Chirugical Society, nach Entfernung eines grossen fibrocystischen Kropfes des rechten Schilddrüsenlappens. SEMON.

157) **A. Gamalei** (Saratow). **Zwei Fälle von Kropfexstirpation. (Dwa slutscheja wiresiwania soba.)** *Med. oboer. 1892. No. 15.*

Eine partielle und eine totale Entfernung der erkrankten Schilddrüse; beidemal Heilung ohne nachfolgende Kachexie. LUNIN.

158) **S. Zahlmann** (Dänemark). **Struma-Exstirpationen. (Strumaexstirpationer.)** *Hospitals-Tidende. 1892. No. 40. p. 999.*

Verf. theilt 7 im Laufe der letzten 10 Jahre ausgeführte Strumaexstirpationen mit.

Die ersten 6 Fälle wurden nach der Methode von Kocher operirt. Heilung trat in allen 6 Fällen ein. In dem letzten Falle, bei einem 19jährigen Mädchen, trat der Tod während der Operation plötzlich ein, ohne dass es möglich war mit Sicherheit die Ursache des Todes zu bestimmen. Da die Trachea in diesem Falle von der Struma in ihrem Querdurchmesser sehr zusammengedrückt war, ist die Wahrscheinlichkeit einer Zusammenknickung des Luftrohres während der Operation nicht abzuweisen.

In ätiologischer Beziehung ist hervorzuheben, dass zwei der Patienten Geschwister und beide taubstumm waren. SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

159) **J. R. White** (Grays). **Ein Fall von Verschlucken von Gräten. (Case of swallowing fish bones.)** *Lancet. 6. August 1892.*

Klinische Bemerkungen zu dem Falle; die Symptome und Wirkungen waren fast ganz gastro-intestinaler Natur. MACKENZIE JOHNSTON.

160) **Bofill** (Barcelona). **Speiseröhrenverengerung. (Estrechez del esófago.)** *Gaceta anatomica de Barcelona. 1892. März.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

161) **Frederic Eve** (London). **Oesophagotomie. (Oesophagotomy.)** *British Med. Journ. Oct. 22. 1892.*

Am 14. October 1892 beschrieb Eve in einem vor der Clinical Society of London gehaltenen Vortrag den Fall eines 17jährigen Mädchens, welches im Juli 1889 wegen Narbenstrictur des Oesophagus, die 20 Monate früher durch Trinken von Salpetersäure verursacht worden war, unter seine Behandlung kam. Vorher war sie wiederholt mit Bougies behandelt worden, die Verengerung aber kehrte stets wieder; schliesslich war am 29. Juli eine Symonds'sche Bougie à demeure, No. 11, eingeführt worden. Als am 31. Juli der Assistent die Röhre zu entfernen versuchte, riss der an ihr befestigte Faden, und die Röhre blieb in der Strictur stecken. Nach langen vergeblichen Versuchen, die Röhre mittelst einer Zange zu entfernen, wurde am 3. August die Oesophagotomie so tief als möglich an der linken Seite vorgenommen. Nach Incision des Oesophagus musste derselbe mit Zangen in die Höhe gezogen werden, ehe man die Röhre erreichte und sie extrahiren konnte. Indem man den Oesophagus noch weiter in die Höhe zog, war es möglich, den verengerten Theil vollständig mit der Scheere zu spalten. Die äussere Wunde in der Speiseröhre wurde dann mit Nähten geschlossen, die innere Wunde aber offen gelassen. Die Patientin erholte sich schnell, und zwei Jahre nach der Operation war keine neue Verengerung eingetreten. Eve besprach die verschiedenen Punkte von Interesse in dem Falle ausführlich.

In der Discussion sprachen sich Mr. Clutton und Mr. Makins unter Mittheilung eigener Fälle gegen die Vornahme der äusseren Oesophagotomie aus, während sie der Vortragende für den mitgetheilten Fall vertheidigte.

SEMON.

162) **Tizol** (San Suan de Puerto Rico). **Luftröhrenschnitt und Magenschnitt. (Traqueotomia y gastrotomia.)** *El Progreso médico (Habana). 1892. Juni.*

Bei einem 58jährigen Seemanne, dem er vor 16 Monaten den Luftröhrenschnitt gemacht hatte, legte Verf., als sich Schlingbeschwerden einstellten, eine Magenfistel an. Bei keiner von beiden Operationen wurde der Heilungsverlauf durch Fieber gestört.

GONGORA.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) L. **Schrötter** (Wien). **Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Nase und des Rachens.** Lieferung I—VI. Die Krankheiten des Kehlkopfes. Mit 118 Holzschnitten. Wien, Wilhelm Braumüller. 1887—1892.

Der erste Theil eines Werkes, welches die reichen Erfahrungen eines der Pioniere und Altmeister unserer Specialität auf dem Gebiete der Kehlkopfkrank-

heiten repräsentirt, liegt abgeschlossen vor uns, und es wird die Pflicht des Kritikers, den Gesammteindruck darzustellen, den die Lectüre dieses Werks in ihm hinterlassen hat, sowie die einzelnen Punkte zu präcisiren, in denen er sich in, sei es besonderer Uebereinstimmung, sei es besonderem Gegensatze zu den Ansichten des Verfassers befindet.

Dass der Gesammteindruck ein durch und durch erfreulicher sein würde, war von vornherein zu erwarten. Spricht doch ein Mann zu uns, dem es vergönnt war, von der Kindheit der Laryngologie an in führender Stellung an dem Ausbau der jungen Wissenschaft mitzuarbeiten, dessen Erfahrung an Reichhaltigkeit eine unübertroffene ist, dessen angeborenes Lehrtalent sich im Laufe eines Vierteljahrhunderts, während dessen wohl die Mehrzahl der lebenden Laryngologen zu seinen Füssen gesessen hat, zur höchsten Vollendung hat ausbilden können, dessen gesunde Gradheit und Ehrlichkeit, ohne je verletzend zu werden, wahrhaft erfrischend wirkt nach der diplomatischen Reserve, die man in manchen Lehrbüchern Angaben gegenüber begegnet, bezüglich derer ein freimüthiges Urtheil nicht nur an der Stelle wäre, sondern von dem Verfasser eines Lehrbuchs direct verlangt werden darf. Und ich halte es für einen ganz besonderen Vorzug des vorliegenden Werkes, dass es in der Form von Vorlesungen erscheint. Die kräftige Persönlichkeit seines Verfassers wird uns dadurch in einer Weise vor Augen gezaubert, die in keiner anderen hätte erreicht werden können; überall fühlt man, dass das, was gelehrt wird, das Ergebniss eigener reichster Erfahrung ist, und selbst in Punkten, in denen die eigenen Ansichten von denen des Autors abweichen, wird man durch die bestimmten Aeusserungen des letzteren zu neuem Nachdenken, zur Nachprüfung angeregt. Während aber diese — in Schrötter's Falle durchaus berechtigte — Betonung der eigenen Erfahrungen dem Werke einen ganz individuellen Stempel aufprägt, wird man die Berücksichtigung der Leistungen anderer Forscher nicht vermissen, wenn auch in einem in der Form von Vorlesungen verfassten Buche eine vollständige Bibliographie der behandelten Fragen weder erwartet werden kann noch darf. So hinterlässt der erste Band des Schrötter'schen Werkes einen durchaus harmonischen, befriedigenden Eindruck: er bietet dem Anfänger ebenso wie dem erfahrenen Specialisten Anregung und Belehrung jeglicher Art und wird namentlich den zahlreichen Schülern des Verfassers ein liebes Zeichen der Erinnerung an ihren verehrten Lehrer bilden.

Sei es mir nun gestattet, in der in der Einleitung angedeuteten Weise auf einige Einzelheiten aus dem reichen Schatze des Gebotenen einzugehen.

Nach einer kurzen Schilderung der Geschichte der Laryngologie, geht Schrötter in der ersten Vorlesung auf die Technik der Laryngoscopie, zunächst die Beleuchtung, ein. Die Behauptung (S. 4), dass ein Brillengestell, wie immer construirt, keine ausreichende Befestigung gewähre, und dass eine solche einzig und allein nur mittelst der Türck'schen Stirnbinde ermöglicht werde, geht sicher zu weit. In England z. B. ist das Brillengestell allgemein gebräuchlich, ich selbst bediene mich desselben seit nahezu 20 Jahren und habe noch niemals Grund gefunden, zu der Stirnbinde, mit der ich meine laryngoskopischen Studien begann, zurückzukehren. —

In dem Kapitel über die Anatomie findet sich (S. 29) ein Resumé der

Exner'schen Versuche über die motorische Innervation des Kehlkopfs, dagegen keine Erwähnung der gegentheiligen Ergebnisse anderer Forscher (Onodi, Breisacher, Munk, Neumann). Dies erklärt sich natürlich daraus, dass die betreffende Lieferung des Schrötter'schen Werkes bereits im Jahre 1887 erschienen ist, zu welcher Zeit sich kaum eine Opposition gegen die Exner'schen Lehren geltend gemacht hatte und wird sicher in einer neuen Auflage seine Ergänzung finden, ebenso wie manche andere Punkte, die in den ersten, vor mehreren Jahren erschienenen Lieferungen des Werkes besprochen sind, einer gewissen Modernisirung bedürfen. So konnte, um nur ein weiteres Beispiel zu geben, gleich im nächsten, die Technik der Untersuchung betreffenden Kapitel naturgemäss in einer bereits im Jahre 1887 erschienenen Lieferung nicht der Killian'schen Methode der Untersuchung der hinteren Larynxwand gedacht werden. —

In dem Kapitel über den chronischen Kehlkopfcatarrh sagt der Autor, dass er sich nicht der Ansicht anschliessen könne, dass dieser Catarrh des Larynx aus einer ebensolchen Erkrankung des Pharynx hervorginge; er glaube vielmehr, dass beide Krankheiten durch ein und dieselbe Ursache unterhalten würden, die wir allerdings häufig genug nicht in befriedigender Weise erklären können. Im Weiteren protestirt er gegen die „fabriksmässige“ Amputation der Uvula, wie er sie zu seinem Entsetzen unter dem Motto: die lange Uvula kitzle die Epiglottis und rufe dadurch den chronischen Larynxcatarrh hervor, bei seiner ersten Anwesenheit in Paris betrieben fand. — Leider sind die Zeiten dieser fabriksmässigen Behandlung auch heutzutage noch nicht vorüber, und dieselbe ist durchaus nicht eine Pariser Eigenthümlichkeit: in England wenigstens wird auch heute noch beim chronischen Kehlkopfcatarrh, wenn Gargarismen, Trochisci, Inhalationen, und die althergebrachten Höllenstein- resp. Jod-Tannin-Glycerinapplicationen nichts genützt haben, als „ultima ratio regum“ die unglückliche Uvula, nicht nur von practischen Aerzten, sondern auch von manchen Specialisten abgeschnitten! — Ich habe schon bei einer früheren Gelegenheit, (St. Thomas's Hospital Reports Vol. XII 1882 p. 80 et seq.), gegen diesen Missbrauch protestirt, und freue mich, denselben nun auch von einer Autorität, wie derjenigen Schrötter's, ausdrücklich verdammt zu hören.

In der Streitfrage über das Vorkommen „catarrhalischer“ Geschwüre im Larynx steht unser Autor auf Seite der Nichtgläubigen, was hervorgehoben zu werden verdient. — Croup und Diphtheritis hält er nach der alten Anschauung sowohl anatomisch wie klinisch für verschiedene Krankheitserscheinungen, ein Standpunkt, der gegenwärtig wohl nicht mehr viele Anhänger zählt. — Sehr dankenswerth ist die Polemik gegen die „billigen Lorbeeren“ der Heilung von „Diphtheritis“, die keine ist (S. 86 u. 88). — Die O'Dwyer'sche Intubation ist merkwürdigerweise in diesem Kapitel nicht erwähnt, obwohl der Verfasser ihrer später in dem Kapitel über Therapie der Larynxstenosen (S. 249 u. ff.) gedenkt.

Die Angabe (S. 92), dass das Larynxoedem vor allem als Theilausdruck allgemeiner Hydropsie auch am Larynx vorkomme, „ganz besonders häufig“ im Gefolge des morbus Brightii, dürfte wohl eine Nachprüfung verdienen. Sie geht von einem Lehrbuch in das andere über, anscheinend ohne dass die betreffenden

Autoren über ausgedehnte eigene Erfahrungen zu berichten haben, während Morell Mackenzie, der im London Hospital 200 Fälle von Bright'scher Nierenerkrankung auf Larynxoedem hin thatsächlich untersucht hat, auch nicht in einem einzigen Fall diese Complication antraf! („Die Krankheiten des Halses und der Nase" Vol. I p. 374). — Ueberhaupt, denke ich, bedarf kaum ein einziges Kapitel der Kehlkopfpathologie so sehr der Revision, wie das des acuten Kehlkopfoedems. Auch mit den Ansichten meines verehrten Freundes Schrötter, der die phlegmonöse Entzündung und das Erysipel in zwei ganz von einander gesonderten Abschnitten bespricht, bin ich nicht einverstanden; es würde aber bei weitem den Rahmen einer Besprechung überschreiten, wenn ich meine abweichenden Anschauungen hier ausführlich begründen wollte, und muss ich mir dies auf eine besondere Gelegenheit versparen. —

Das Vorkommen primärer Perichondritis hält unser Autor für unzweifelhaft. — In der Anschauung, dass eine Perichondritis ohne eitriges Exsudat vorkommt (S. 118), freue ich mich sehr, mit ihm übereinzustimmen. Ihm sowohl, wie vielen anderen Autoren scheint meine bezügliche Arbeit, in der ich mich des Weiteren gerade über diese interessante Frage verbreitet habe, („On Mechanical Impairments of the Functiones of the Cricoarytaenoid Articulation etc." Med. Times & Gazette Voll. II. 1880, Sep. Abdr. p. 42 et seq.) nicht bekannt zu sein, obwohl sie zur Zeit ihres Erscheinens ein wichtiges, fast unbekanntes, jedenfalls sehr vernachlässigtes Gebiet anbahnte, und auf sehr mühevollen Vorstudien beruhend, vielleicht ein besseres Schicksal verdient hätte. Aber: habent sua fata libelli! — —

Dass Trichinose in den Kehlkopfmuskeln in einem wohl beobachteten Falle Navratil's zur Lähmung derselben geführt hat (S. 130), war mir unbekannt und hat mich sehr interessirt. Denkbar ist ja ein solches Vorkommniss leicht genug.

Sehr hübsch ist die ganze siebzehnte Vorlesung: Typhus abdominalis. (S. 137). Vier Jahre lang hat Schrötter als Primarius im Rudolphspitale jeden Typhuskranken in der ihm unterstellsten Typhusabtheilung grundsätzlich laryngoskopirt. Als Gesammtergebniss findet sich die überraschende Erfahrung, dass sein Procentsatz von Larynxcomplicationen viel geringer war, als der anderer Autoren. — So wenig wie andere Beobachter reichster Erfahrung hat Schrötter je einen Fall primärer Kehlkopftuberculose gesehen (S. 147); andererseits hält er, wie Türck und Friedreich, daran fest, dass sehr häufig eine Uebereinstimmung der erkrankten Seite im Larynx mit jener der Lunge nachzuweisen ist (S. 151). — Auch er hebt die hochgradige Blässe des weichen Gaumens als diagnostisch wichtig für das Vorhandensein von Tuberculose hervor (S. 152). — Dass die interne Behandlung dieses Leidens mit Kreosot ihre Anhänger bereits verloren habe (S. 161), trifft wohl nicht allgemein zu: ich persönlich kann nur wiederholen (Vgl. Centralblatt VIII., S. 317), dass ich mit diesem genau nach Sommerbrodt's Anweisungen gebrauchten Mittel bessere Erfolge bei der Behandlung des allgemeinen tuberculösen Processes erzielt habe, als mit irgend einem andern, und dass ich mich desselben auch heute noch in ausgedehntem Maasse bediene. Völlig dagegen stimme ich mit Schrötter in seiner warmen

Anerkennung der Leistungen der Milchsäure überein; nur hat es mich gewundert zu hören, dass er das Medicament mit einem „gewöhnlichen Kehlkopfpinsel“ aufträgt (S. 163). Mittelst der Krause'schen Pincette und Wattebäuschen lässt es sich doch wohl unstreitig weit energischer in den Geschwürsgrund verreiben.

Dass Lupus im Kehlkopf allein so äusserst selten sei (S. 166), war mir nicht bekannt. Ich selbst habe einen derartigen Fall beobachtet und temporär galvanokaustisch geheilt. Drei Jahre später brach das Leiden von neuem im Kehlkopf aus, es wurde die Tracheotomie erforderlich (was Schrötter zufolge l. c. S. 168 beim Kehlkopflupus auch äusserst selten des Fall zu sein scheint), und schliesslich erlag der Kranke einer zutretenden Lungentuberculose.

In dem Capitel über Syphilis erklärt sich unser Autor für das Vorkommen von Papeln im Larynx (S. 179). — Sehr richtig bemerkt er (S. 189), dass es schwer zu bestimmen sei, was man mit dem Namen „syphilitische Neubildung“ bezeichnen soll. — Ueberrascht hat es mich, dass er die Kehlkopfsyphilis neben der allgemeinen Therapie auch local behandelt (S. 190). Ich bin hiervon schon seit Jahren ganz abgekommen und meine Erfolge sind dadurch sicherlich nicht schlechter geworden. — Aeusserst kurz sind die Bemerkungen über Septikämie (S. 193), hinsichtlich welchen Punktes ich auf die weiter oben bei der Besprechung des acuten Oedems gemachten Bemerkungen verweisen muss. Meiner Ueberzeugung nach sind das entzündliche Oedem des Kehlkopfs, die sogenannte phlegmonöse Laryngitis, das Erysipel des Larynx und die Ludwig'sche Angina mit einander identisch und stellen nur verschiedene Abstufungen eines und desselben septischen Processes dar. — Sehr anziehend geschrieben und durch eine wahre Fülle eigener interessanter Beobachtungen illustrirt ist das Capitel über Fremdkörper in Larynx und Trachea (S. 202 u. ff.). Es finden sich in demselben viele, auch für den Erfahrensten höchst beachtenswerthe practische Winke. — Ebenso interessant sind die folgenden über Narben und Verengerungen des Kehlkopfs handelnden Capitel. Wie man weiss, ist es ja eines der grössten Verdienste Schrötter's, durch sein ausdauerndes Verfahren der mechanischen Dilatation der Kehlkopfstenosen diese traurigen Fälle einer erfolgreichen Behandlung zugängig gemacht zu haben.

Nirgendwo zeigt sich die riesige Erfahrung des Verfassers in glänzenderem Lichte, als in den beiden folgenden, von den gutartigen und bösartigen Neubildungen des Kehlkopfs handelnden Capiteln. Jeder Leser, und sei seine eigene Erfahrung eine noch so grosse, wird in denselben Anregung und Belehrung finden und namentlich berührt es auf das Angenehmste, von einem so hervorragenden Operateur die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten, denen man auf diesem Gebiete begegnet, so scharf betont zu sehen. Nur zwei Bemerkungen möchte ich mir hinsichtlich der gutartigen Neubildungen zu machen erlauben. Erstens kann ich meinen verehrten Freund Schrötter versichern, dass es sich in dem von ihm S. 276 erwähnten Falle Clifford Beale's, in welchem er die Richtigkeit der Diagnose anzweifelt, in der That um ein Lymphom und nicht um ein Sarkom handelte. Die Kranke stand lange unter meiner eigenem Behandlung, ich selbst habe ein Fragment der Neubildung aus dem Kehlkopf

entfernt, welches von einem der ersten Pathologen Englands, Mr. Shattock, mikroskopisch untersucht und als Lymphom erkannt worden ist, ich habe die Präparate, die vom Kehlkopf, vom Augenlid etc. intra vitam und post mortem angefertigt worden sind, selbst inspicirt, und kann die Richtigkeit von Beale's Diagnose bezeugen. Zweitens möchte ich dem Verfasser die Erwägung unterbreiten, ob die Frage des Ueberganges gutartiger Geschwülste in bösartige, die er in dem Capitel der bösartigen Neubildungen abhandelt, nicht schon in der Vorlesung über gutartige Neubildungen zur Sprache kommen sollte? Die ganze Frage ist doch im Anschluss an die intralaryngeale Operation gutartiger Neubildungen aufgetaucht, und der die Therapie letzterer behandelnde Abschnitt scheint die natürlichste Stelle zur Discussion dieser Frage zu sein. — In dem Capitel über bösartige Neubildungen ist mir die Angabe (S. 329) aufgefallen, dass der Verfasser Kehlkopfkrebs „in einer sehr zu berücksichtigenden grösseren Anzahl von Fällen" in dem relativ jugendlichen Alter von 30—35 Jahren gesehen hat, abgesehen von zwei ganz merkwürdigen Fällen, in welchen das Leiden bei $3^1/_2$- (!) resp. 10jährigen Kindern beobachtet wurde. Meine eigenen Erfahrungen in dieser Frage differiren anscheinend sehr bedeutend von denen Schrötter's: unter gerade 100 bisher von mir in der Privatpraxis beobachteten Fällen von Kehlkopfkrebs sah ich das Leiden einmal bei einem 25jährigen Manne, einmal bei einer 34jährigen Frau, einmal bei einem 40jährigen Manne; in allen anderen Fällen, also in 97 pCt. (!) hatten die Kranken beim Beginn des Leidens das 45. Lebensjahr überschritten. Andererseits stimmen Schrötter's Erfahrungen mit den meinen darin überein, dass der Sitz des Kehlkopfkrebses „entschieden am häufigsten" (S. 329) am Stimmbande ist. — Auch darin, dass der Autor nicht einen einzigen Fall gesehen hat, wo neben dem Kehlkopfkrebs ein zweites Carcinom an einer entfernten Stelle des Körpers bestanden hätte, wäre ich ihm bis vor wenigen Tagen beigetreten; gerade jetzt aber hat es der Zufall gewollt, dass bei der Autopsie eines meiner Patienten, der nach der wegen Kehlkopfkrebs vorgenommenen Thyreo-tracheotomie an Fettherz und Arteriosklerose zu Grunde ging, zwei kleine Krebsheerde in der Leber gefunden worden sind. Jedenfalls ist dies ein Ereigniss von äusserster Seltenheit.

Nach einem praktisch werthvollen, von der Differentialdiagnose der Geschwüre und Narben handelnden Kapitel wendet sich der Autor in den sieben letzten Vorlesungen den Neurosen des Kehlkopfes zu und bespricht nach einander die sensibeln Störungen, den Glottiskrampf und den nervösen Husten, ataktische Bewegungen und die Lähmungen. Ersichtlich sind diese Kapitel mit ganz besonderer Liebe behandelt, und der Autor verfehlt nicht, sowohl in der Einleitung zu denselben, wie in der Vorrede zum ganzen Bande, welche diese letzte Lieferung seines Werks begleitet, nachdrücklich hervorzuheben (S. 372), „dass die gewonnenen Errungenschaften weit über den Rahmen des Specialfaches hinaustreten und von Seite der Laryngologen wichtige Beiträge zur Kenntniss der Functionen des Nervensystems überhaupt herbeigeschafft wurden", sowie (S. V), dass er glaube zeigen zu können, „von welch' einschneidender Wichtigkeit das Studium der bezüglichen Kehlkopfkrankheiten für die Gesammtmedicin geworden ist". Je wahrer das ist, um so mehr schliesse ich mich Schrötter's Klage

(ebendaselbst) an, dass von einem Theile der Fachgenossen dem Eingreifen der kleinen Disciplin in das ganze Gebiet der internen Medicin noch immer nicht die richtige Würdigung geschenkt wird. Das gilt leider namentlich von einem grossen Theil der Neurologen. Ist es mangelnde Uebung im Gebrauch des Kehlkopfspiegels, ist es Bequemlichkeit, ist es Unkenntniss der physiologischen und pathologischen Ergebnisse, die gerade auf neurologischem Gebiete von laryngologischer Seite zu Tage gefördert worden sind, — die Thatsache bleibt bestehen, dass nicht nur in vielen, sonst ausgezeichneten Lehrbüchern der Neurologie die von der Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven handelnden Abschnitte geradezu jammervoll unvollständig, ungenau und veraltet sind, sondern dass sogar — incredibili dictu — in einem der bekanntesten, für die allgemeine literarische Information der Neurologen bestimmten Fachblätter alle auf die Kehlkopfnerven bezüglichen Dinge, mögen sie auch noch so wichtig für die Neurologie im Allgemeinen sein, schlechtweg systematisch ausgeschlossen werden! — Wo soll da die Information der Neurologen herkommen, und ist nicht einer solchen unbegreiflichen Specialisirungsmanie gegenüber die Klage über die immer mehr überhandnehmende Zersplitterung vollständig gerechtfertigt? — — Der einzige Weg zur Besserung dieser ungenügenden Würdigung unserer neurolaryngologischen Ergebnisse scheint mir darin zu bestehen, dass wir nicht müde werden, Fälle in allgemeinen medicinischen Gesellschaften zu demonstriren und in allgemeinen medicinischen Zeitungen zu beschreiben, welche, um mit Schrötter zu sprechen, den Beweis liefern, von welch' einschneidender Wichtigkeit das Studium der Kehlkopfneurosen für die Gesammtmedicin ist. Die bezüglichen Abschnitte des Schrötter'schen Werkes sind in dieser Hinsicht von bedeutendem Werthe, indem sie überall in überzeugendster Weise diese Wichtigkeit illustriren.

Nur eine allgemeine, allerdings schwerwiegende Ausstellung habe ich an diesem Theil des Werkes zu machen, und statt hier, wie in den vorhergehenden Kapiteln, einzelne Punkte hervorzuheben, sei es mir vergönnt, auf diese Ausstellung etwas näher einzugehen. Sie betrifft die Anordnung des Materials, besonders in dem von den Kehlkopflähmungen handelnden Abschnitt.

Die Neurosen des Kehlkopfes bilden unstreitig das schwierigste Kapitel der ganzen Laryngologie. Einmal sind unsere Kenntnisse über dasselbe sowohl in anatomisch-physiologischer wie in pathologischer Beziehung noch in vielen der wichtigsten Fragen lückenhaft und unvollkommen, zum andern herrscht gerade auf diesem Gebiete im gegenwärtigen Augenblick ein Zwiespalt, eine Gährung unter den Laryngologen selbst, wie wir sie in keinem andern Kapitel unserer Specialwissenschaft wiederfinden. Der Grund hierfür scheint mir — wenn ich offen sprechen soll — darin zu liegen, dass einerseits selbst viele Laryngologen von Fach die Entwickelung unseres Wissens auf diesem Gebiete, wie sie sich im Laufe der letzten zwölf Jahre vollzogen hat, nicht so eingehend verfolgt haben, wie man hätte erwarten dürfen, zum andern, dass gar manche, selbst der ausgezeichnetsten Fachgenossen bei der Erwägung gerade derjenigen Streitfragen, die die Gemüther am lebhaftesten bewegt haben und bewegen, zu sehr vergessen, dass die „bequemsten" Erklärungen nicht immer die richtigsten sind, und dass

es ebenso unerlaubt ist, unbestreitbare Thatsachen auf dem speciellen Felde und offenbar analoge Vorgänge auf anderen Gebieten einfach mit Stillschweigen zu übergehen, weil sie nicht in den Rahmen der „bequemen“ Erklärung hineinpassen, wie es unzulässig ist, eine „eigene“ Pathologie für die Kehlkopfnerven zu gründen, die mit analogen Vorgängen auf anderen Gebieten im schreiendsten Widerspruch steht. Es mag wohl auch sein, dass die etwas „ruckweise“ Entwicklung unseres Wissens in diesen Fragen das Verständniss einigermassen erschwert hat.

Wie dem aber auch sei: jedenfalls muss meiner Ansicht nach jedes Werk über Kehlkopfkrankheiten, das zur Belehrung der heranwachsenden Generation bestimmt ist, sein Hauptaugenmerk in diesem Kapitel darin suchen, den Lesern den inneren Zusammenhang aller der zu besprechenden Phänomene klar zu machen, da nur hierdurch ein wirkliches Verständniss der vielfach so verwickelten Verhältnisse, die hier in Frage kommen, ermöglicht werden kann. Hierzu nun scheint mir wiederum durchaus wünschenswerth oder vielmehr nothwendig zu sein, dass der Besprechung der pathologischen Verhältnisse eine anatomisch-physiologische Einleitung unmittelbar vorausgeht, in welcher der Standpunkt unseres gegenwärtigen Wissens hinsichtlich der Innervationsverhältnisse des Kehlkopfs im Zusammenhange klar auseinandergesetzt wird. Von Anfang an, nicht aber in Form gelegentlicher Bemerkungen muss dem Leser die cardinale Wichtigkeit der Thatsache klar gemacht werden, dass der Kehlkopf zwei verschiedenen Functionen dient, der Respiration und der Phonation, deren physiologische Dignität und deren Repräsentation in den höheren und niederen Nervencentren eine verschiedene ist. Weiss der Leser einmal, dass beim Menschen, — soweit wir dies im gegenwärtigen Augenblicke übersehen können — nur die Phonation, nicht aber die Respiration durch ein specielles Gebiet in der Rinde vertreten ist, so wird ihm, um nur ein Beispiel zu geben, sofort verständlich, warum die functionellen Lähmungen, von denen später die Rede ist, ausschliesslich die der Phonation dienenden Muskeln betreffen. Und gleichzeitig verliert die Thatsache, dass die verschiedenen Fasergattungen der motorischen Kehlkopfnerven sich organischen Schädlichkeiten gegenüber verschieden verhalten, viel von dem geheimnissvollen Dunkel, in welches sie nach der Meinung so mancher Laryngologen noch immer eingehüllt ist. Eine Besprechung der verschiedenen, experimentell ermittelten Thatsachen, welche auf biologische Differenzen zwischen diesen Fasergattungen hinweisen und die ebenfalls in diese physiologische Einleitung gehört, wird dieses Dunkel noch weiter klären. Aber freilich sollte diese Besprechung eine etwas eingehendere sein, als sie gegenwärtig gewöhnlich beliebt wird. Ich habe oft den Eindruck, als wenn der betreffende Autor seine Schuldigkeit gethan zu haben meint, wenn er in ein paar kurzen Sätzchen die verschiedenen von Hooper, Fränkel-Gad, Onodi, Russell, Horsley und mir gefundenen Thatsachen erwähnt hat, und froh ist, über dieses ihm nicht sehr sympathische Gebiet hinweg zu sein. Eine wirkliche Würdigung aller dieser Thatsachen für das Verständniss des schwierigen Kapitels der Kehlkopfneurosen habe ich nur selten gefunden. Und doch ist dieselbe unerlässlich,

wenn der Lernende einen wirklich klaren Ueberblick gewinnen soll. Ich sehe das von Jahr zu Jahr mehr in meinen Kursen.

Ist einmal eine rationelle anatomisch-physiologische Basis gelegt, so gliedert sich fast Alles, was auf pathologischem Gebiet zu besprechen ist, ganz natürlich ein. Ob der Autor mit den organischen Lähmungen, ob er mit den functionellen beginnen will, bleibt gleichgültig: der Leser weiss aus der Einleitung, um was es sich handelt. Und wenn später die Erweitererlähmung besprochen wird, so überrascht es den Lernenden nicht mehr, zu hören, dass bei organischen progressiven Läsionen der Kehlkopfnerven die Erweiterer zuerst leiden: sieht er doch, dass das nur das pathologische Analogon zu dem ist, was ihm physiologisch bereits bekannt ist. Auf diese Weise, meine ich, wird ein gesundes Verständniss angebahnt, nicht aber in Form einer beiläufigen Erwähnung der physiologischen Thatsachen, wenn es sich um die Erklärung eines pathologischen Phänomens handelt.

In dem Mangel eines solchen systematischen Aufbaues finde ich die Achillesferse des sonst so trefflich geschriebenen Abschnittes über die Kehlkopfneurosen in dem Schrötter'schen Werke. Ich stimme thatsächlich mit fast Allem überein, was der Autor lehrt und erkenne die Vollständigkeit des Gebotenen mit Freude an, aber — ich muss offen bekennen, dass, wenn ich als mit dem Gegenstande ganz unbekannter Leser an die Lectüre dieser Kapitel herantreten würde, ich glaube, dass es mir nicht leicht werden würde, aus derselben einen klaren Ueberblick über diesen verwickelten Gegenstand zu gewinnen.

Ich will das eben Gesagte nur an einem oder zwei Beispielen illustriren. Schrötter leitet das Kapitel der Lähmungen mit einer Einleitung allgemeinen, hauptsächlich ätiologischen und pathologisch-anatomischen Inhalts ein. Angesichts der Thatsache, dass bei so vielen Fällen organischer Lähmungen der Kehlkopfnerven auf dem Leichentische eine viel stärkere Atrophie und Degeneration der Erweiterer- als der Verengerermuskeln gefunden wird, wäre es wohl sicherlich angezeigt, der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer, die der Verfasser ja selbst anerkennt (S. 448), schon in diesem Abschnitt zu gedenken. Das geschieht aber nicht. — Es folgt sodann nicht, wie man erwarten würde, ein Kapitel über die Stammeslähmungen der Kehlkopfnerven, an das sich dann naturgemäss die Lähmungen einzelner Zweige anreihen würden, sondern der Verfasser behandelt zuerst die Lähmungen des Stimmbandspannapparates und der Glottisschliesser, dann die der Glottisöffner, und dann erst die Recurrenslähmung, vollständige Accessorius- und Vagusparalyse. In dem Abschnitt über die Lähmung der Glottisschliesser ist merkwürdigerweise nicht die Rede davon, dass wir nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse berechtigt sind, die ungeheure Majorität aller einschlägigen Fälle als corticalen Ursprungs zu betrachten. — Noch viel auffallender aber ist es, dass in dem Abschnitt über die Lähmung der Glottisöffner nirgendwo in deutlichen Worten gesagt ist, dass diese Lähmungsform gesetzmässig das Anfangstadium der organischen progressiven Recurrenslähmung darstellt! — Das erfährt der Leser erst in der Mitte der folgenden, von der completen Recurrenslähmung handelnden Vorlesung. — Alles dies scheint

mir das Verständniss wesentlich zu erschweren. Ausserdem denke man sich einmal, dass Jemand sich über irgend einen der genannten Punkte speciell zu informiren wünscht. Er schlägt natürlich dasjenige Kapitel nach, in dem er dem Titel nach die gewünschte Belehrung zu finden hoffen darf. Welche Enttäuschung, wenn gerade über die grundlegenden Principien des Zustandekommens der betreffenden Lähmungsform in demselben nicht ein Wort zu finden ist! — —

Die angeführten Beispiele werden, denke ich, genügen, um die Berechtigung meiner Ausstellung zu erweisen. Gerade weil das in diesen Abschnitten des Schrötter'schen Werkes aufgespeicherte Material von so grossem Werthe ist, gerade weil es in denselben von geistreichen eigenen Gedanken und scharfsinnigen Beobachtungen des Verfassers wimmelt, möchte ich mich zum Schlusse meiner Besprechung der Hoffnung hingeben, dass mein Freund Schrötter in einer hoffentlich bald erforderlich werdenden neuen Auflage seines vortrefflichen Werkes die Disposition dieser Kapitel einer eingehenden Revision unterziehen wird.

Er wird sicherlich meine freimüthigen Ausstellungen richtig auffassen, die meiner Freude über das ganze seiner würdige Werk keinen Abbruch thun, und ihnen, falls er ihre Berechtigung anerkennen sollte, bei passender Gelegenheit Rechnung tragen. Felix Semon.

---

b) H. R. Haweis (London). **Sir Morell Mackenzie, Arzt und Operateur.** Eine Denkschrift, zusammengestellt und herausgegeben nach privaten Papieren und persönlichen Erinnerungen. (**Sir Morell Mackenzie, Physician and Operator.** A memoir, compiled and edited from private papers and personal reminiscences.) London W. H. Allen & Co. 1893. pp. 376.

Dieses unerfreuliche Werk entstammt der Feder eines Londoner Geistlichen, des Rev. H. R. Haweis, der mit dem verstorbenen Sir Morell Mackenzie seit 30 Jahren eng befreundet war. Es ist vom Standpunkte eines blinden Parteigängers aus geschrieben, und rührt, ohne irgend etwas wesentlich Neues zu bringen, die Controversen, an denen das Leben des Dahingegangenen so reich war, in wenig taktvoller Weise von neuem auf. Der Verfasser hat es entweder versäumt, sich gegnerische resp. unparteiische Information einzuholen, oder geht über dieselbe stillschweigend fort. Für ihn ist jedermann, der nicht ein ebenso blinder Anhänger seines Helden ist, wie er selbst, ein Gegner, der von gar keinen anderen als unedlen Motiven beseelt sein kann, und man fühlt sich in die schlimmsten Zeiten der inspirirten Zeitungsliteratur der Jahre 1887/88 zurückversetzt, wenn man liest, in welcher Weise er die Thatsachen darstellt, die vermeintlichen Feinde beurtheilt. Das Buch ist denn auch in der englischen Presse einem fast allgemeinen Verdammungsurtheil anheimgefallen, und die Mackenziesche Familie hat öffentlich erklärt, dass sie die Publikation durchaus missbillige,

und ihr Möglichstes gethan habe, dieselbe zu unterdrücken. Auf die unerbauliche Polemik, die sich an diese Erklärung in den Tagesblättern angeschlossen hat, ist es nicht unsere Aufgabe, hier einzugehen. Felix Semon.

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. April 1893.

Vorsitzender: Dr. P. M'Bride (Edinburgh), Vicepräsident.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Dundas Grant (London): Empyem des Sinus frontalis.

Der Patient war ein 35jähriger Arbeiter, der an Kopfschmerz und eitriger Secretion aus dem linken Nasenloch nach einem sechs Monate vorher überstandenen Anfall von Influenza litt. Verringerung des Schmerzes jeden Morgen nach Entleerung einer reichlichen Quantität dicken Eiters, der aus dem mittleren Nasengang kam. Durchleuchtung und die Lichtwitz'sche Explorativirrigation zeigten, dass der Eiter nicht aus dem Antrum stammte. Eröffnung des Sinus frontalis von aussen, antiseptische Nachbehandlung, Drainage vom Sinus in die Nasenhöhle, Verschwinden des Schmerzes, Verminderung des Secrets, Aufhören des Fötors. Entfernung der Drainageröhre nach einigen Tagen mit Zurücklassen eines Zinndrahtes, um den Verschluss der Ausgangsöffnung zu verhindern. Am Tage der Demonstration war es möglich gewesen, den Sinus von der Nase aus mittelst der von Lichtwitz angegebenen Stirnhöhlencanüle zu irrigiren.

Mr. W. R. H. Stewart (London) berichtete von einem ähnlichen Fall aus seiner eigenen Praxis; bei Gelegenheit der Trepanation war deutlich zu sehen, dass die eine Höhle normal, die andere obstruirt war. Genesung des Patienten.

Dr. Adolph Bronner (Bradford) berichtete von einem Fall von doppelseitiger Stirnhöhlenaffection, in dem Irrigation von der Nase aus vorgenommen werden konnte. Er braucht den Meissel statt des Trepans in solchen Fällen, und illustrirt durch den Verlauf seines Falles, in welchem höchst wahrscheinlich in Folge einer einmaligen Benutzung einer nicht ganz reinen Spritze zeitweise sehr bedrohliche pyämische Erscheinungen vorhanden gewesen waren, die Nothwendigkeit strenger antiseptischer Vorsicht bei der Nachbehandlung.

Dundas Grant: Submucöse Stimmbandblutung mit (?) Angiombildung am Stimmbande.

Die Patientin war eine junge 24jährige Dame, die an submucöser Blutung in das linke Stimmband mit Anfällen von Aphonie und Heiserkeit ohne nachweisbare Ursache seit vier Jahren gelitten hatte. Im Juli 1892 entwickelte sich ein

kleiner, lebhaft roth gefärbter Tumor an der Grenze des vorderen und mittleren Drittels des Stimmbandes, der die Stimme aber wenig beeinträchtigte. Grant hielt ihn für ein Angiom und wünschte die Meinung der Gesellschaft darüber einzuholen, ob überhaupt energischere Behandlung erforderlich sei, und ob dieselbe wegen einer zu befürchtenden Blutung galvanocaustischer Natur sein sollte.

Mr. Creswell Baber (Brighton) gedachte eines ähnlichen Falles in seiner Praxis, in dem adstringirende Behandlung nichts geleistet hatte. Er empfahl Anwendung des Galvanocauters.

Dr. Felix Semon war der Ansicht, dass der Tumor ohne Bedenken mit der Zange entfernt werden könnte. Seiner Erfahrung nach sei die Blutung in solchen Fällen gewöhnlich geringfügig.

(Dr. Grant hat seitdem den Tumor mit der Zange ohne jede nennenswerthe Blutung entfernt. F. S.).

F. De Havilland Hall (London): Congenitale Syphilis.

Ein 16jähriger Bursche mit Ulceration des Pharynx und der linken Tonsille sowie Vergrösserung der linksseitigen Cervicaldrüsen. Schon kurz nach der Geburt wurde ein Hautausschlag und Schleimhautpapeln im Munde bemerkt. Verbesserung unter Jodkali. Wiederholte Recidive.

F. De Havilland Hall (London): Syphilitische Erkrankung der Tonsille.

Die Primäraffection datirte 25 Jahre zurück. Die rechte Tonsille vergrössert, ulcerirt, hart, Cervicaldrüsen vergrössert; Ulceration am freien Rande des gleichseitigen Gaumenbogens. Bedeutende Verbesserung unter Jodkali und Mercur, kürzlich aber wieder Rückfall.

Mr. Butlin bemerkte zu dem Falle, dass er die Erkrankung als wahrscheinlich bösartig ansehe; die syphilitische Erkrankung habe als Basis für die Entwicklung einer bösartigen Geschwulst gedient.

Dr. Clifford Beale gedachte eines ähnlichen Falles, in welchem auch lange Zweifel hinsichtlich der Diagnose vorhanden gewesen waren, bis die mikroskopische Untersuchung eines entfernten Fragments die bösartige Natur des Leidens zur Evidenz festgestellt habe. — Dr. Hall war zweifelhaft hinsichtlich der Natur des vorgestellten Falles, meinte aber, dass die bedeutende Verbesserung unter antispecifischer Behandlung für Syphilis spreche.

Mark Hovell (London): Lupus des Larynx und Pharynx.

Der Patient, ein 17 jähriger Buchhalter war bereits im Jahre 1890 im London Hospital wegen Dyspnoe tracheotomirt worden. Cauterisationen waren sowohl vor wie nach der Tracheotomie lange Zeit erfolglos in Anwendung gezogen worden. Gegen Ende 1891 waren etwa 50 Tuberculininjectionen gemacht worden, wonach sich das Befinden bedeutend verbesserte und das Leiden anscheinend bis zum gegenwärtigen Augenblicke zum Stillstand gekommen ist.

Felix Semon (London): Caries und Nekrose der Nasenknochen und des Oberkiefers. Abscess des Septums, Empyem des linken Antrums.

Die Patientin, eine 24 jährige verheirathete Frau, hatte bereits vor 5 Jahren an anscheinend syphilitischen Halsaffectionen gelitten. Seitdem hatte sie geheirathet und zwei gesunde Kinder geboren. Kein Abortus, kein Anzeichen hereditärer Syphilis. Im Jahre 1892 Schmerzen im Kopf und in der Nase, Schwellung und Obstruction der letzteren, geringer foetider Ausfluss aus dem linken Nasenloch. Es wurde Empyem des linken Antrums diagnosticirt, die Höhle durch einen Alveolus eröffnet, eine grosse Quantität stinkenden Eiters entleert und für regelmässige Drainage gesorgt. — Danach verlor der Vortragende die Patientin für sechs Monate aus dem Gesicht. — Im Februar und März dieses Jahres sollen kleine Knochensequester aus dem Munde entleert worden sein. Als die Patientin sich im März wieder vorstellte, war die Nase ihrer ganzen Länge nach beträchtlich geschwollen und geröthet. Eitrige Secretion aus beiden Nasenlöchern, die sich durch zwei symmetrische von Septum ausgehende Geschwülste fast verschlossen zeigten. Diese Geschwülste communicirten, wie durch Fluctation nachgewiesen werden konnte, mit einander durch das perforirte Septum. Der Abscess wurde geöffnet und viel stinkender Eiter entleert, doch füllte er sich schnell von Neuem und zur Zeit der Demonstration waren seine Wandungen härter als vor der Operation. Bei Druck auf die Nasenwurzel entleerte sich eine beträchtliche Quantität rahmigen Eiters aus verschiedenen Stellen zwischen der Oberlippe und dem Oberkiefer. Fast alle Zähne hochgradig cariös. In der linken Seite des harten Gaumens befindet sich im Niveau des zweiten Molarzahns innerhalb des Alveolarrendes eine kleine Perforation, in deren Nachbarschaft blossliegender, aber unbeweglicher Knochen gefühlt werden kann; schuppig papulöse Hauteruption an Brust und Unterarmen. Eine Operation wurde wegen der vorraussichtlich enormen Ausdehnung der Erkrankung des Gesichtskeletts im gegenwärtigen Augenblick von den consultirten Chirurgen des St. Thomas-Hospitals für unrathsam gehalten. Verbesserung unter energischer antispecifischer Behandlung.

Felix Semon, (London): Tabes dorsalis. Kehlkopf- und andere Krisen, doppelseitige Lähmung der Glottisöffner, complette motorische Lähmung des weichen Gaumens.

Der Patient, ein früherer Postbeamter, ist ein 34jähriger Mann. Er hatte vor 12 Jahren Syphilis, gefolgt von Secundäraffection im Halse. Vor 5 Jahren begann seine gegenwärtige Krankheit mit Erbrechen nach den Mahlzeiten, Schwäche der Beine und Diarrhoe. Gleichzeitig fing seine Stimme an zu leiden, und Erstickungsanfälle mit krähender Inspiration traten auf. Es folgte Dysphonie, Salivation, gelegentliche Regurgitation von Flüssigkeiten durch die Nase, lancirende Schmerzen in den Extremitäten, gelegentliche Magenkrämpfe, Incontinenz der Blase. Alle diese Symptome waren zu einer oder der anderen Zeit des Leidens mehr entwickelt. Gegenwärtig besteht complette Lähmung des linken Crico-

arytänoideus posticus, incomplete des rechten, mit beginnender Theilnahme der inneren Stimmbandspanner, die ihren Ausdruck in leichter Excavation der Stimmbänder findet; ferner eine so complete motorische Lähmung des weichen Gaumens, wie man sie sonst nur in den letzten Stadien der Bulbärparalyse, oder nach Diphtheritis zu Gesicht bekommt, fibrilläre Zuckungen der Zunge und fast vollkommener Schwund der Temporales und Masseteren, mit fast vollständigem Verlust der Function dieser Muskeln. Der Mund wird in Folge dessen immer weit offen gehalten. Die Articulation ist ganz undeutlich, und der Gesichtsausdruck ein im höchsten Grade auffallender. Trotz der vorgeschrittenen Erweitererlähmung kann der Patient auch jetzt noch mit Leichtigkeit hohe Töne produciren, was gegen die neuerdings verschiedentlich behauptete Nothwendigkeit der Synergie der Kehlkopfmuskeln spricht. Der Puls beträgt constant 120—124, was auf Betheiligung anderer Zweige des Accessorius deutet. Die rechte Hand ist taub, der Gang ataktisch. Die Patellarreflexe fehlen; Paralyse des linken Abducens, Schwäche der Auswärtsbewegung des Auges in der rechten, und des Abwärtsblickens an der linken Seite. Die Pupillen reagiren nicht auf Accommodation. Beträchtliche Anästhesie des Gesichts, geringe in den Händen. Augenhintergrund normal.

Die Hauptpunkte von Interesse sind neben der Kehlkopfparalyse die Gaumen- und Kaumuskel-Lähmung, sowie die hohe Pulsfrequenz.

Scanes Spicer (London): Tuberkulose des Kehlkopfs und der Lunge.

Das Interesse des Falles gipfelte in dem Umstande, dass die Kehlkopfaffektion ausschliesslich auf die linke Seite beschränkt war, und dass das linke Stimmband einen Spalt seiner ganzen Länge nach aufwies.

Scanes Spicer (London): Papillome der Nase und des Zahnfleisches.

Der Patient war ein 12jähriger Knabe, der seit 5 Jahren an recidivirenden Papillomen der Nase und des Zahnfleisches gelitten hatte. Beide Nasenlöcher waren durch warzige Neubildungen obstruirt gewesen, welche entfernt und mit Acidum nitricum cauterisirt worden waren; trotzdem aber waren alljährlich ein oder mehrere Recidive erfolgt. Das Zahnfleisch des Oberkiefers war ähnlich afficirt gewesen und war mit Curettement und Application von Liquor hydrargyri nitrici oxydati acidus behandelt worden.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwülste (Mr. Johnson Clarke) hatte typische Papillome nachgewiesen.

In der Discussion erklärte Mr. Butlin, dass das gegenwärtige Aussehen der Nase den Verdacht auf Lupus sehr nahe lege.

Dr. Dundas Grant schloss sich dieser Meinung an.

Dr. W. Hill frug, ob an die Möglichkeit von Syphilis gedacht worden sei,

und verglich die in dem Falle vorhandenen Geschwülste mit denjenigen, welche man bisweilen an der Vulva und am Ohr in Fällen von Syphilis sieht.

Spicer erwiderte, dass nichts im früheren Verlauf des Falles auf Syphilis oder Lupus hingedeutet hätte.

W. R. H. Stewart (London): Multiple Sarcome des Nasenrachenraums und der Tonsillen.

Der Patient, ein 28jähriger Heizer, war im November 1890 und Februar 1891 wegen einer sarcomotösen Neubildung hinter dem rechten Ohr operirt worden. Im August 1891 trat Dyspnose auf. Im folgenden Monate wurden zahlreiche Geschwülste aus dem Nasenrachenraum entfernt. Ein Recidiv machte die nochmalige Entfernung nothwendig und gleichzeitig wurden beide Tonsillen abgetragen. Die Geschwülste waren hart und nur schwer mit der Zange zu entfernen. Beträchtliche Blutung folgte. Im November 1892 fand sich eine neue grössere, rundliche, etwas elastische Schwellung in der Gegend der linken Mandel und der entsprechenden Gaumenhälfte, und in dem Centrum dieser Schwellung ein Geschwür mit harten Rändern.

In der Gegend der rechten Tonsille sah man eine kleinere ähnliche Schwellung. Der Nasenrachenraum war theilweise durch ähnliche rundliche Geschwülste obstruirt, die sich links bis zur linken glosso-epiglottischen Falte herunterzogen; die Drüsen an der linken Halsseite waren etwas geschwollen. Syphilis war ausgeschlossen. Ein mikroskopisch untersuchtes Fragment einer der Geschwülste zeigte deutlich sarcomatöse Structur. Im Januar 1893 waren alle Neubildungen weiter gewachsen, und die Respiration durch die Nase fast ganz unmöglich, auch war der Patient etwas taub. Epiglottis und Oesophagus noch frei. Im April weitere bedeutende Zunahme der Schwellung und Ulceration; unter dem rechten Kiefer eine harte Geschwulst, vor zwei Tagen beträchtliche Blutung; schnelle Abmagerung.

Dr. Bronner frug, ob Arsenik in grossen Dosen gegeben sei. Er berichtete kurz einen Fall, in dem trotz anscheinender Hoffnungslosigkeit Genesung unter grossen Gaben dieses Mittels erfolgt war.

Mr. Butlin war ebenfalls der Ansicht, dass, wenn überhaupt Arsenik in solchen Fällen gegeben würde, grosse Dosen zur Anwendung kommen sollten.

Stewart erwiderte, dass bisher nur kleinere Dosen des Mittels gebraucht worden seien, dass er jetzt aber grössere versuchen wolle.

W. Mc Neil Whistler, (London). Chronische Kehlkopftuberculose.

Der Patient, ein 30jähriger Mann, hatte seit October 1880 unter Beobachtung des Vortragenden gestanden. Die Zeichen der Kehlkopfs- und Lungentuberculose waren anfänglich typisch gewesen. Es war aber unter geeigneter constitutioneller und Lokalbehandlung so bedeutende Verbesserung erfolgt, dass der Fall bei Gelegenheit des Internationalen medicinischen Congresses, im Jahre

1881, als von der Kehlkopfulceration vollständig befreit gezeigt werden konnte. Mehrere Jahre nachher blieb das Befinden des Patienten ein leidlich gutes. Im April 1892 begannen sich von Neuem Symptome von Tuberculose zu zeigen, gingen aber wieder unter geeigneter Behandlung zurück. Gegenwärtig war weder Schmerz noch Heiserkeit oder Husten vorhanden. Der Kehlkopfspiegel zeigt einen beschränkten Substanzverlust an der Epiglottis, Verdickung der Stimmbänder, Röthung des rechten Stimmbandes, narbige Verdickung des linken Taschenbandes und ein schmales narbiges Band, welches von der hinteren Kehlkopfwand ausgehend sich zum hinteren Ende des rechten Stimmbandes erstreckt. Die Bewegungen der Stimmbänder sind völlig frei.

(Sämmtliche Patienten, deren Fälle im Obigen beschrieben sind, wurden bei Gelegenheit der Sitzung den Anwesenden demonstrirt. F. S.)

Felix Semon.

IV. Briefkasten.

Personalia.

Statt Herrn Dr. Cardone's ist Dr. A. Toti (28 Via dell' Orivolo, Florenz) dem Centralblatt als ständiger Mitarbeiter für Italien beigetreten. Unsere italienischen Fachgenossen werden freundlichst gebeten, in Zukunft Herrn Dr. Toti Separatabdrücke ihrer rhino-laryngologischen Arbeiten zuzusenden, und — mit specieller Bezugnahme auf die im Leitartikel dieser Nummer geschilderten Verhältnisse — demselben auch Separatabdrücke ihrer im Jahre 1892 veröffentlichten Arbeiten zuzustellen.

Das Archiv für Laryngologie und Rhinologie.

Das soeben erschienene stattliche erste Heft dieses Archivs rechtfertigt völlig die Erwartungen, welche man von einem unter solcher Aegide erscheinenden Werke hegen durfte. Eingeleitet von einer grösseren Arbeit des Herausgebers, B. Fränkel, bringt es 11 grössere und kleinere Aufsätze verschiedenen Inhalts. Unter den Mitarbeitern begegnen wir einer Reihe der besten Namen der Laryngologie Die trefflichen Tafeln bilden eine besondere Zierde des Werks. So tritt das junge Unternehmen unter den besten Auspicien in die Welt und wir wünschen ihm von Herzen ein fröhliches Gedeihen zum Besten unseres Faches. Die in ihm publicirten Arbeiten werden seinerzeit in üblicher Weise einzeln im Centralblatt referirt werden.

Berichtigung.

Die im Referat 20 der letzten Juninummer besprochene Arbeit von Dr. Lichtwitz in Bordeaux über nasale Hydrorrhoë ist nicht in der Revue internat. de rhinologie, wie dort irrthümlich angegeben ist, sondern in den „Archives cliniques de Bordeaux“ No. 12, 1892 erschienen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, August. 1893. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **J. Massei** (Neapel). **Bericht für das Schuljahr 1891—92, zusammengestellt durch die Assistenten der Klinik. (Resoconto dell'anno scolastico 1891—92, compilato dagli assistenti della Clinica.)** *Napoli, Stab. Tip. dell'Unione. 1892.*

Es wurden während des Schuljahres 857 Fälle beobachtet, wovon 236 Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraums, 396 des Pharynx, 207 des Larynx und der Trachea, 18 der Thyreoidea und des Oesophagus betreffen. — Besonders beschrieben sind: von Damieno ein Fall von Laryngitis stridula und 5 Fälle von Retropharyngealabscess; von Garcia ein Fall von Pemphigus der Mund- und Rachenschleimhaut. Aiello schliesst mit einem Studium der Kehlkopf- und Trachealerscheinungen beim Kropf. TOTI.

2) **G. Ficano** (Palermo). **Bericht für das Jahr 1891 aus dem Ambulatorium des Hauptkrankenhauses.** *Bollett. delle Mal. dell' Orecchio etc. 1892. No. 4.*

192 Nasen- und Nasenrachenraum-, 189 Mund- und Pharynx-, 116 Larynx- und Trachea-, 4 Oesophagusfälle. Kein Fall besonders beschrieben. Vergrösserte Mandeln behandelt in 7 Fällen mit dem Galvanocauter. Durch Einspritzungen von Menthol und Pinselungen mit Milchsäure hat F. vollständige, aber nicht dauerhafte Vernarbung der tuberculösen Geschwüre erzielt. Man muss daher die Pinselungen auch nach der Vernarbung fortsetzen. Der Kehlkopfkrebs ist für F. ein „noli me tangere". TOTI.

3) **R. Cimmino** (Neapel). **Statistischer Bericht des Ambulatoriums von Cozzolino.** *Boll. delle Mal. dell' Orecchio. 1892. 11.*

Von den rhino-laryngologischen Fällen nur die Zahl (Nase 230, Mund 14, Hals 166) und die Krankheitsnamen angegeben. TOTI.

4) **V. Nicolai** (Mailand). **Die Rhino-Laryngologie und die Ohrenheilkunde in Berlin. (L'Otoiatria e la Rinolaringoiatria a Berlino.)** *Milano, Tip. del Riform. 1892.*

Nachdem N. die verschiedenen Berliner Kliniken und Polikliniken für Nasen-, Hals- und Ohrenkrankheiten besucht hat, hebt er die Vortheile hervor, die dieselben den Studenten und den Aerzten darbieten, welche sich mit dem Studium dieser Fächer näher beschäftigen wollen. TOTI.

5) **Müller** (Bern). **Beiträge zur Kenntniss der Metastasenbildung maligner Tumoren nach statistischen Zusammenstellungen aus den Sectionsprotocollen des bernischen pathologischen Instituts.** Inaugural-Dissertation. Bern bei Lack, Scheim & Co. 1892.

Anzahl der durchgesehenen Sectionsprotocolle 5621.

Carcinome 521, also 9,2 pCt. (in Helsingfors wurden unter 3775 Sectionen 7,4 pCt. Carcinome gefunden.) Unter den Metastasen sind die zahlreichen Metastasen im Lymphdrüsensystem nicht gerechnet.

Carcinome der Schilddrüse: 34 Fälle = 6,5 pCt. sämmtlicher Carcinome.

Metastasen von 26 = 76,4 pCt. dieser Fälle

in den Lungen . . .	16 mal,
im Knochensystem . .	12 mal,
in den Nieren	8 mal,
in der Leber	6 mal,
im Gehirn	3 mal.

Carcinome der Zunge, des Pharynx und Gaumens zusammen 21 = 4 pCt.

Metastasen von der Zunge

in die Leber	1 mal,
in die Pleura und beide Lungen	1 mal,
in den Magen	1 mal.

Carcinome des Kehlkopfes 6 = 1,1 pCt. 3 davon operirt. Keine Metastasen.

Carcinome des Antrum Highmori 5 = 0,9 pCt. Metastasen 1 in die Lunge.

Carcinome der Lippe 2 = 0,3 pCt. Keine Metastasen.

Diese Fälle kommen wegen leichter Operabilität selten zur Autopsie in Spitälern.

Carcinom der Lunge 3 = 0,5 pCt. Keine eigentlichen Metastasen, nur der Bronchialdrüsen.

Es sind in dieser Arbeit natürlich die Carcinome aller Organe angegeben, im Referat aber nur diejenigen aus unseren Gebieten aufgeführt.

Sarcome 102 = 1,8 pCt., sämmtlich Sectionen.

Schilddrüse 23 = 24,5 pCt.

Metastasen: Lungen 11 Fälle, dann nach der Frequenz Leber,

Gehirn, Nieren, Nebennieren, Ovarien, Knochen, Haut, Milz, Pankreas.

Lymphosarcome: 5 Fälle des Halses.

Metastasen in retroperitonealen Drüsen, Leber, Keilbeinkörper, Siebbeinplatte, Lungen, Milz, Tibia, M. pectoralis.

Melanosarcome ergriffen die hier zu besprechenden Organe nicht.

Verf. stellt ferner in Zahlen die Verhältnisse der secundären Carcinome und Sarcome zu ihren primären Tumoren dar, woraus z. B. hervorgeht, dass das secundäre Carcinom der Leber seinen primären Tumor hat in der Schilddrüse in ca. 3 pCt. der Fälle u. s. w., das secundäre Sarcom der Lungen seinen primären Herd in der Schilddrüse in 35,4 pCt. der Fälle u. s. w.

Endlich vergleicht M. das gegenseitige Verhalten von Carcinom und Sarcom in Bezug auf ihre Metastasen. Es folgt daraus: das Sarcom metastasirt häufiger, ist also maligner.

Bei Carcinom erkrankt secundär am häufigsten die Leber, bei Sarcom die Lunge.

Er kommt auf verschiedenen Wegen zu dem Schluss, dass für die Mehrzahl der Fälle der Weg, den die Metastasen nehmen, bei beiden Geschwulstformen der Blutweg sei und zwar, dass dieser Weg beim Carcinom häufiger durch den Lymphstrom vermittelt, beim Sarcom aber direct eingeschlagen werde.

JONQUIÈRE.

6) **Doutrelepont. Ueber Haut- und Schleimhauttuberculose.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1892. No. 46.*

D. berichtet unter Anderem über

einen Fall von grossem tuberculösem Geschwür der Nasenschleimhaut,
einen Fall von tuberculösem Geschwür der Schleimhaut des Oberkiefers,
drei Fälle von Haut- und Schleimhauttuberculose der Backe,
einen Fall von tuberculösem Geschwür der Oberlippe und der Epiglottis,
zwei Fälle von Tuberculose des Gaumens ohne Lupus der Haut.

Er weist zum Schluss darauf hin, wie mannigfache, häufig nur durch die genaueste Untersuchung in ihrer Natur zu erkennende Erscheinungen der Tuberkelbacillus erzeugen kann, dass ferner Formen von Tuberculose der Cutis vorkommen, die sich in das Schema nicht einreihen lassen, die man als Uebergangsformen betrachten muss.

Die Details sind im Original nachzulesen.

LANDGRAF.

7) **P. Kaufmann** (Cairo). **Identificirung der Tuberkelbacillen im Sputum nach einer neuen und einfachen Methode. (Identification of tubercle bacilli in sputum by a new and simplified process.)** *Lancet. 21. Mai 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber beschreibt der Verf. seine Methode zur Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen. Dieselbe stützt sich auf die Beobachtung, dass die meisten Bacterien ihre Farbe sehr schnell in kochendem Wasser verlieren, während die Tukerkelbacillen sie viel länger, bisweilen 5 Minuten lang, behalten. Das Sputum wird zur Untersuchung auf dem Deckglas

getrocknet und gefärbt, es wird dann in kochendem Wasser 1—3 Minuten lang umhergeschwenkt und ist nun zur mikroskopischen Untersuchung fertig.

MACKENZIE-JOHNSTON.

8) **A. Tschernogubow** (Moscau). **Zur Therapie des Lupus vulgaris. (Therapia lupus vulgaris.)** *Med. obosr. 1892. No. 13.*

T. stellt in der dermatologischen Gesellschaft in Moskau einige Patienten mit Lupus vulgaris vor, die er mit sehr gutem Erfolge mit galvanocaustischen Stichelungen behandelt hat.

LUNIN.

9) **J. Fedorow. Zwei Fälle von Lupus, behandelt mit subcutanen Injectionen von Chlorzink. (Dwa slutschaja waltschanki, polsowannoi podkoschnimi wpriskiwanijami rostwora chloristawo zinka.)** *Wratsch. 1892. No. 27.*

Warme Empfehlung der 10proc. Chlorzinklösung in Form von subcutanen Injectionen bei Lupus (nach Lannelongue). 2 Fälle erfolgreich behandelt.

LUNIN.

10) **Mayer** (Haltern). **Zwei Fälle von periostalem Sarkom der Orbita.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Beschreibung zweier Fälle von Sarcom der Orbita aus der Universitäts-Augenklinik in Würzburg. In dem ersten Falle handelte es sich um ein Alveolarsarcom, in dem zweiten um ein Lymphosarcom.

SEIFERT.

11) **B. W. Richardson** (London). **Ueber intraorganische und -thoracische Auscultation. (On intra-organic and -thoracic auscultation.)** *Brit. Med. Journal. Nov. 5. 1892.*

In diesem vor der Medical Society of London am 31. October 1892 gehaltenen Vortrage erklärte der Verf., dass ihm, als er einen Patienten untersuchte, der angeblich an einer Strictur des Oesophagus litt, der Gedanke gekommen sei, ein Stethoskop an die Oesophagusbougie anzufügen und zu auscultiren. Dies sei ihm leicht gelungen. Nach Einführung der Bougie in den Magen sei eine Serie von Geräuschen hörbar gewesen, die ihm theilweise neu gewesen seien. Die Herztöne waren deutlicher hörbar, wenn die Spitze der Bougie nahe dem Herzen lag, als bei der gewöhnlichen Weise der Auscultation, und waren dem Timbre nach etwas verschieden von den sonst gehörten.

Der Vortragende versprach sich viel von dieser neuen Methode, deren Details im Original nachgelesen werden müssen; es dürfte aber noch weiterer Bestätigungen bedürfen, ehe man sie als mehr als ein Curiosum ansehen kann.

SEMON.

12) **E. Becker** (Göttingen). **Zur Lehre von der ächten cerebralen Glosso-labio-pharyngealparalyse.** *Virch. Arch. 124. 1891.*

B. berichtet über einen, den von Jolly und Kirchhoff publicirten analogen, Fall von echter cerebraler Pseudobulbärparalyse, bei dem die Section multiple erweichte und sklerotische Herde in beiden Grosshirnhemisphären mit secundärer absteigender Degeneration beider Pyramidenbahnen

bei Intactheit der Hirnrinde, des Pons und der Medulla oblongata nachwies; die Arterien waren nicht atheromatös.

Daran schliesst B. eine genauere Analyse der Symptome.

A. ROSENBERG.

13) **Joseph Collins** (New York). **Angioneurotisches Oedem. (Angeio neurotic oedema.)** *Internat. Journal of Med. Sciences. December 1892.*

Es ist nicht möglich, den Inhalt dieser werthvollen Arbeit in einem kurzen Referate zu erschöpfen; die Arbeit stellt thatsächlich eine zusammenhängende Monographie über diese Frage dar und gründet sich auf ein Studium von 45 publicirten und einigen nicht publicirten Fällen, die es verdienen, im Original nachgelesen zu werden. Von besonderem Interesse ist folgendes: Bei einer Gesammtzahl von 71 Fällen zeigte sich die Schwellung zuerst im Gesicht in 29 Fällen, an den Extremitäten in 22, im Kehlkopf in 4 Fällen, am Genitale (Penis und Scrotum) in 3, am übrigen Körper in 6 Fällen, an Zahnfleisch und Gaumen in 1, im Magen in 3, am Hals in 1 und hinter dem Ohr in 1 Falle.

P. MC BRIDE.

14) **Fiocca** (Rom). **Ueber einen dem Influenzabacillus ähnlichen, im Speichel von Hausthieren gefundenen Bacillus. (Di un bacillo simile a quello dell'influenza trovato nella saliva di alcuni animali domestici.)** *Riforma medica. 26. Febr. 1892.*

Die Arbeit ist rein bacteriologischer Natur — es braucht daher nur der Titel hier wiedergegeben zu werden.

A. TOTI.

15) . . . **Discussion über die Influenza. (Discussion on influenza.)** *Australian Med. Journal. XIV. 123. 182.*

Dem Ref. nicht zugänglich.

MACKENZIE-JOHNSTON.

16) **J. B. Ayer. Das 3. Jahr der Influenza-Epidemie. (The 3. year of the Influenza-Epidemic.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 2. Juni 1892.*

Die hervorragendste Form war die der katarrhalischen Reizung der oberen Luftwege. Die Symptome waren in der Mehrzahl der Fälle die einer Tonsillitis, einer Laryngitis und eines Bronchialkatarrhs. Heiserkeit und ein Gefühl von Druck im Hals, das leichte Dyspnoe und einen kramphaften Husten verursachte, gaben oft zu Klagen Anlass. Da die Patienten physikalische Symptome von irgend erheblicher Bedeutung sonst nicht darbieten, muss der Charakter dieser Symptome theils als katarrhalischer, theils als nervöser angesprochen werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **E. Beavley. Analogien zwischen der Grippe und der diphtheritischen Lähmung. (Analogy between Grippe and diphtheritic paralysis.)** *Maritime Med. News. November 1892.*

Die Analogie besteht in folgenden Punkten:

1) In der Ursache; ein Toxin erzeugt durch ein infectiöses Fieber.

2) In der Pathologie; die Veränderungen können in beiden Fällen sein

Myelitis, multiple periphere Neuritis, Processe in den centralen Kernen, neuritische Processe in den Bulbi optici.

3) (als Zusatz zu Punkt 2.) In der wechselnden Vertheilung der afficirten Muskeln.

4) In der Art des Krankheitsausbruchs.

5) Es besteht keine directe Proportion zwischen der Schwere der Krankheit und den späteren Veränderungen im Nervensystem.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **S. H. Chapman. Einige pathologische Zustände der oberen Luftwege im Zusammenhange mit Anfällen von Grippe. (Some pathological conditions of the upper air passages coincident with attacks of „La Grippe".)** *N. Y. Med. Journal. 10. December 1892.*

Aus einer grossen Anzahl von Fällen, die er beobachtet hat, greift C. 16 heraus, welche sein besonderes Interesse in Anspruch nehmen, weil er sie früher bereits, vor Zeiten zwischen 6 Monaten bis 7 Jahren, unter Beobachtung und Behandlung gehabt hatte. Diese Fälle lassen sich eintheilen wie folgt:

8 Fälle von spinaler Erkrankung, 1 Fall von Diabetes insipidus, 4 Fälle von Nierenerkrankung, 3 Fälle von Gicht. Der Ausbruch der Krankheit war in allen Fällen ganz ähnlich. Kopfschmerz, Uebelkeit, Anorexie, fliegende Schmerzen, zunehmende Erschöpfung bis zur äussersten Mattigkeit, mässiges Fieber, der Puls entweder erheblich beschleunigt oder aber beträchtlich verlangsamt, leichte Delirien, Schmerzen und Steifigkeit im Rücken.

C. lenkt die Aufmerksamkeit auf die grosse Aehnlichkeit, die zwischen diesen Symptomen der Grippe und den Symptomen milderer Formen von epidemischer Cerebrospinalmeningitis, sog. Meningitis cerebro - spinalis abortiva, besteht.

C. recapitulirt am Schlusse, dass:

1) Erkrankung der oberen Luftwege nicht ungewöhnlich bei Anfällen von sog. epidemischer Grippe ist.

2) Die gewöhnliche Form eine blutig-purulente Entzündung des Pharynx ist, die sich häufig aufwärts erstreckt bis in die obere Wölbung des Rachens und die Nasenhöhlen und nach unten in den Larynx und die Trachea hinein.

3) dass gelegentlich andere Erkrankungsformen vorkommen können, bei denen als ursächliches Moment mitwirkt ein vorbestehender pathologischer Zustand des Patienten; so kommt eine Form mit plastischer Entzündung vor bei Leuten mit rheumatischer oder gichtischer Diathese, eine Lymphgefässentzündung bei Patienten mit Nierenkrankheiten und Formen mit Neuralgien und Lähmungen bei Patienten mit Nerven- und Rückenmarksleiden.

4) Pulsverlangsamung statt Beschleunigung ist so constant ein Symptom der Fälle mit vorherbestehender Rückenmarkserkrankung, dass ihr ein gewisser diagnostischer Werth zukommt für die Auffindung ver-

borgener Rückenmarksstörungen, wenn sie während eines Grippeanfalls vorliegt.

5) Die Grippeanfälle haben in Fällen von vorherbestehender Rückenmarkserkrankung so eigenartige Symptome, die denen der epidemischen Cerebrospinalmeningitis so nahe stehen, dass die Frage nach dem Zusammenhange zwischen diesen beiden Krankheiten der Untersuchung werth ist. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **E. Meierhof. Ein paar praktische Bemerkungen über die gewöhnlicheren Affectionen der Nase und des Rachens bei Kindern. (A few practical remarks upon the commoner affections of the nose and pharynx in children.)** *Arch. Pediatrics. August 1892.*

M. betont, wie wichtig es für den allgemeinen ärztlichen Praktiker ist, die Affectionen dieser Theile zu kennen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **J. Jaworski. Ein Beitrag zur Aetiologie der sog. Coryza und ihrer Therapie bei Säuglingen. (Przyczynek do etiologii t. z. sapki i jej leczenia u ssaweow.)** *Kronika lekarska. 1892. No. 7.*

Auf Grund einer Beobachtung bei einem 9monatlichen Kinde, das an Nasenverstopfung und wässerigem Ausfluss litt, bei dem ferner das Säugen wegen adenoider Wucherungen bedeutend erschwert war und nach vollzogener Operation vollkommen erleichtert wurde, bespricht Verf. eingehender die Nothwendigkeit einer Untersuchung des Nasenrachenraums auch bei Säuglingen.

HERYNG.

21) **P. Tissier. Die Nase und das Erysipel. (Le nez et l'erysipèle.)** *Annales des malad. de l'oreille, du larynx, du nez etc. XVIII. No. 11. November 1892.*

Eine Beschreibung der Hauptsymptome des Erysipels der Nase, sowie der Zufälle und Complicationen, die dasselbe begleiten. Bei dieser Gelegenheit schildert Verf. einen Fall von Erysipel der Nase, den er auf der laryngologischen Abtheilung des Hôtel-Dieu beobachtet hat. Die Eintrittspforte für die Streptococcen kann die geringste Fissur der Nasenschleimhaut bieten.

E. J. MOURE.

22) **Meyer. Die Behandlung der Ozaena. (The treatment of ozaena.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1892.*

Verf. hält die Behandlung der Ozaena mittelst eines Spray's von Silbernitrat für allen anderen Mitteln überlegen. Er packt zuerst die Nase vorn mit trockener Watte für 20—40 Minuten voll, um die Krusten und den Schleim zu entfernen. Das Rohr des Spray-Apparates (Pulvérisateur) wird dann in das gereinigte Nasenloch eingeführt und 10 oder 12 Tropfen einer 2 proc. Arg. nitricum-Lösung eingesprayt, wobei Sorge getragen werden muss, dass die Haut oder der vordere Theil der Schleimhaut nicht benetzt wird, weil dadurch leicht Kopf-

schmerzen, Thränenfluss und andere unangenehme Symptome entstehen. Die Stärke der Lösung wird täglich gesteigert, bis nach Ablauf von 4 Tagen eine 15procentige Lösung verwendet wird und am Ende der ersten Woche eine 25procentige, mit der dann noch eine Woche fortgefahren wird. Von da an findet die Application nur noch 2tägig statt und zwar wird die Behandlung so lange fortgesetzt, bis sich keine neuen Krusten mehr bilden, was nur ein Paar Wochen in Anspruch nimmt, selbst bei Fällen, die unter den früheren Behandlungsweisen 2 oder 3 Jahre andauerten. LEFFERTS.

23) **Turban** (Davos). **Zur Behandlung der Ozaena.** *Therapeutische Monatshefte. 1892. Mai.*

Schnupfpulver aus Jodkali cryst., Acid. tannici, Boracis ana.

A. ROSENBERG.

24) **L. Concetti** (Rom). **Ueber chronische primäre Diphtheritis der Nasenhöhlen. (Sulla difterite cronica primitiva delle narici.)** *Arch. ital. di Laringologia. 1892. No. 2.*

C. hat 5 Fälle chronischer primärer pseudomembranöser Rhinitis beobachtet. Bei zweien wurde die diphtherische Natur bacteriologisch festgestellt; bei weiteren zweien durch die stattgehabte Uebertragung, und bei einem von diesen auch durch die nachträgliche Lähmung der Rachenmuskeln; beim 5. endlich durch den hinzugekommenen Croup. Der gutartige Verlauf wird von C. dem Umstande zugeschrieben, dass die Nasenschleimhaut wenig oder gar nicht resorptionsfähig (?) ist. Trotz ihrer Gutartigkeit ist doch die chronische primäre Nasendiphtherie sehr gefährlich; sie kann bei demselben oder anderen Individuen bösartige Rachen- resp. Kehlkopflocalisationen erzeugen. TOTI.

25) **J. Dionisio** (Turin). **Beitrag zum Studium der Nasentuberculose. (Contributo allo studio della tubercolosi nasale.)** *Boll. delle Mal. dell'Orecchio. 1892. No. 12.*

Zwei Fälle von neoplastischer resp. ulceröser Form der Nasentuberculose, ohne Zeichen tuberculöser Erkrankung anderer Organe. Diagnose mikroskopisch festgestellt. TOTI.

26) **T. Heryng. Tuberculose der Nasenschleimhaut. (Gruzlica btony iluzowej nosa.)** *Medycyna. 1892. No. 33, 38, 39, 40, 43, 44.*

Verf. bespricht in dieser Arbeit 9 von ihm beobachtete Fälle von Tuberculose der Nasenschleimhaut, deren Diagnose durch Bacillenbefund im Secrete der Geschwüre resp. in den curettirten Granulationswucherungen bekräftigt worden ist. Nach Berücksichtigung der dem Verf. zugänglichen Litteratur und einiger privater Mittheilungen sind bisher 90 Fälle dieser Affection beobachtet worden und zwar betreffen dieselben theils Tuberkeltumoren, theils geschwürige Formen. In dieser Zahl befinden sich 13 Fälle von Tuberkeltumoren, welche Verf. Dr. Schäffer aus Bremen verdankt, ferner eine Beobachtung von Dr. Onodi aus Budapest und eine von Prof. Seifert aus Würzburg. — Was die Aetiologie der Affection anbelangt, so ist nach Verf.'s Meinung die Entstehung der Ge

schwüre in der Mehrzahl der Fälle als locale Infection zu betrachten. Prädisponirende Momente bilden katarrhalische Zustände der Mucosa, Borkenbildung, Trockenheit, Rissigwerden des Epithels und traumatische durch Bohren mit dem Fingernagel entstandene Erosionen. Eine strenge Grenze zwischen den zwei Hauptformen der Krankheit, zwischen tuberculösen Geschwüren und Tuberkeltumoren lässt sich nicht ziehen, da die letzteren in späteren Stadien geschwürig zerfallen, weil neben Tuberkeltumoren gleichzeitig Geschwüre beobachtet worden sind, ferner, weil bei Heilungsvorgängen aus den Rändern des Geschwüres Granulationen oder Knoten entstehen können. In den gesammelten 90 Fällen sind 48 mal Geschwüre 42 mal Tuberkeltumoren beschrieben worden.

Die Hauptmerkmale dieser beiden Formen bestehen darin, dass die Geschwüre meistens als secundäre auftreten, während die Tumoren als locale, chronische, den allgemeinen Zustand wenig oder gar nicht alterirende Erkrankungen zu betrachten sind.

Aus der vom Verf. gesammelten Casuistik, zu welcher noch eine Beobachtung doppelseitiger Geschwüre von Dr. Lubliner beigefügt worden ist, ergiebt es sich, dass alle 10 Fälle von Geschwürsbildung als secundäre zu Larynx- und Lungentuberculose sich beigesellt haben. Die Ulcera wurden bei 9 Männern und einer Frau beobachtet, die Geschwüre sassen 5 mal links, 4 mal rechts, 1 mal doppelseitig. Das Alter der Patienten schwankte zwischen dem 18. und 47. Lebensjahre, am häufigsten trat dasselbe auf zwischen dem 30. und 40. Jahre.

Den Lieblingssitz der Geschwüre bildete das Septum cartilagineum, seltener die Pars membranacea septi. In 3 Fällen verbreiteten sich die Geschwüre auf die Nasenflügel, in einem Falle auch auf die Oberlippe und war gerade in solchen Fällen die Diagnose schwieriger, da Syphilis und Lupus berücksichtigt werden mussten. Zweimal wurde spaltförmige Perforation und Necrose des Septum beobachtet. Die untere Muschel war in 2 Fällen geschwürig zerfallen.

Nach genauer Beschreibung des klinischen Bildes und seines Verlaufes, sowie der subjectiven Symptome, zu denen vorwiegend Schmerzen, Blutungen und Nasenverstopfung zu rechnen sind, bespricht Vf. die differentielle Diagnose, in der Syphilis und Lupus eingehende Berücksichtigung finden.

Das Hauptgewicht sieht er in der mikroskopischen Untersuchung des Secretes resp. der ausgekratzten Producte. Es wird dabei auf die schon von Hajek betonte Thatsache aufmerksam gemacht, dass Tuberkelbacillen in den oberen Schichten fehlen können, während dieselben in der Tiefe reichlich enthalten sind.

Die Therapie bestand in Auslöffelung mit nachfolgenden Milchsäureeinreibungen bei Berücksichtigung des allgemeinen Zustandes. Die Resultate waren nur in einigen Fällen positiv. Recidive wurden ziemlich oft beobachtet.

Galvanocaustische Aetzungen waren weniger erfolgreich, als energisches Curettement.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Zusammenstellung fast aller bisher publicirten Fälle von Tuberkeltumoren mit Berücksichtigung der anatomischen Pathologie, der Symptomatologie, des operativen Verfahrens und seine Resultate.

LUBLINER (HERYNG).

27) **Treitel** (Berlin). **Nasensyphilis.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 13.*

Demonstration eines Präparates im Verein für innere Medicin.

LANDGRAF.

28) **V. Cozzolino** (Neapel). **Vorlesungen über tertiäre Nasen-, Pharynx- und Gaumensyphilis, sowie über Nasenblennorrhagie etc. (Lezioni sulla sifilosi terziaria naso-faringo-palatina e sulle lesioni blenorragiche del naso ecc.)** *Boll. delle Mal. dell'Orecchio. 1892. No. 5—10.*

8 Vorlesungen; nichts besonders Neues; die Litteraturangaben von deutschen Arbeiten sehr spärlich und vielfach ungenau. Es möge Folgendes zum Beispiel dienen: „Die Microparasiten des männlichen Harnröhren"; „deutsche medical Wochenschrift."

TOTI.

29) **Stelwagen. Lupusulceration der Nase. (Lupus ulceration of the nose.)** *Journal Cutan. and Genito-urin. Diseases. Vol. X. p. 428.*

Nicht zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **A. Martin** (Paris). **Das Nasenbluten und seine Behandlung. (De l'epistaxis et de son traitement.)** *Revue gén. de chir. et de therapeut. 27. Jan. 1892.*

M. zeigt, dass in der Mehrzahl der Fälle das spontane Nasenbluten von einer Erosion herrührt, die über dem Verlaufe einer kleinen Arterie an der vorderen Partie der Nasenscheidewand gelegen ist. Für die Behandlung empfiehlt M., auf die blutende Stelle eine Argentum nitricum-Perle, die auf der Spitze eines Messerchens aufgeschmolzen ist, zu appliciren und darauf in das betreffende Nasenloch einen kleinen mit Vaselin imprägnirten Wattetampon einzuführen.

LUC.

31) **Scanes Spicer** (London). **Blutungen aus den oberen Luftwegen. (Haemorrhages from the upper air passages.)** *Brit. Med. Journ. May 14. 1892.*

In diesem vor der Harveian Society gehaltenen Vortrage beschränkte sich der Vortragende auf die aus der Nase und dem Nasenrachenraum stammenden Blutungen. Er bestand auf der Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung dieser Theile bei Blutungen. Seine therapeutischen Empfehlungen beschränkten sich auf Bekanntes. — Die Discussion förderte nichts Besonderes zu Tage.

SEMON.

32) **Condorelli-Francaviglia** (Rom). **Schwere Epistaxis, durch Stich der Hirudo Sanguisuga. (Grave caso di epistassi, prodotto do puntura dell'Hirudo Sanguisuga.)** *Spallanzani. Heft X. 1892.*

Das Thier war wahrscheinlich vom Pharynx in den hinteren Theil der linken Nasenhöhle gedrungen. Es wurde post-rhinoskopisch gesehen und von vorne mittelst einer leicht gekrümmten Zange entfernt.

TOTI.

33) **Cros u. Imbert. Ableitungen in der Milzgegend zur Bekämpfung des Nasenblutens bei Malariakranken. (Revulsion à la région splenique pour combattre les epistaxis chez les paludéens.)** *Bullet. méd. 23. März 1892.*

Bei zwei Kranken mit Intermittens quotidiana schien die Anwendung ab-

leitender Mittel (Vesicator, darauf Points de feu im ersten Falle, Blasenpflaster im zweiten) in der Milzgegend das Aufhören wiederholter Nasenblutungen herbeizuführen. LUC.

34) **Goûreau. Ein einfaches und leichtes Verfahren zur Tamponade der Nasenhöhlen. (Un procédé simple et facile de tamponnement des fosses nasales.)** *Actualité méd. 15. Juli 1892.*

Verf. bedient sich mit Vorliebe des Harnröhrencatheters zur Fixirung des Tampons. J. BARATOUX.

35) **J. Dionisio** (Turin). **Ueber Deviationen der knorpligen und knöchernen Nasenscheidewand. (Sulle deviazioni del setto osseo e cartilagineo del naso.)** *Arch. ital. di Laringologia. 1892. No. 4.*

Eine gute Monographie, mit Berücksichtigung der Geschichte, Aetiologie, pathologischen Anatomie, Symptomatologie und Therapie und zahlreichen Litteraturangaben. Vortreffliche, klare Beschreibung der verschiedensten Behandlungsmethoden mit präciser Auseinandersetzung ihrer Indicationen.

D. hat ein neues scheerenartiges Instrument construiren lassen, das den Zweck hat, ein keilförmiges Stück aus dem verdickten und verlagerten Theile des Septums auszuschneiden; dadurch bleibt nach der Operation eine Concavität an Stelle der früheren Convexität.

Bei 4 auf diese Weise operirten Fällen hat D. in einer einzigen Sitzung die vorhandene Nasenstenose vollständig beseitigt. Die Indicationen zur Anwendung seiner Scheere findet D. in den Deviationen der knorpligen oder knöchernen Scheidewand mit breitbasiger Verdickung, bei denen die Säge nicht gut arbeitet, der Meissel leicht Nebenverletzungen verursacht und bei denen man nur schwer die zur vollständigen Beseitigung der Stenose genügende Masse von Knorpel oder Knochen in einer Sitzung mit dem Meissel entfernen könnte. — Wir wollen hier eine Aeusserung D.'s über den Werth der Electrolyse wiedergeben: dieselbe ist ihm zufolge eine „zu homöopathische Methode." TOTI.

36) **Strazza** (Genua). **Die Elektrolyse bei den Missbildungen der Nasenscheidewand. (L'elektrolisi contro le deformazioni del setto nasale.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1892. No. 8.*

Der Electrolyse gebührt eine secundäre Stelle in der Chirurgie der Nasenscheidewand. Ihre Vortheile sind: Fehlen von Blutung, localer Reaction und Synechienbildung. Ihre Wirkung ist aber, im Gegensatz zu Moure's Angaben, langsam und wegen des Schmerzes oft unerträglich. TOTI.

37) **Hajeck. Die Perforationen der Nasenscheidewand. (Les perforations de la cloison du nez.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx et du nez. XVIII. November 1892.*

Der Verf. bespricht zuerst die Ursachen, welche das Nasenseptum für Perforation prädisponiren und kommt dann auf die Natur der verschiedenen Perfo-

rationen, die man daselbst vorfinden kann. Es folgt eine tabellarische Uebersicht über die Hauptuntersoheidungsmerkmale einer jeden Perforation.

E. J. MOURE.

38) **J. Jackson Clarke** (London). **Epitheliom des Septums der Nase, in welchem Psorospermien nachgewiesen wurden. (Epithelioma of septum of the nose, showing the presence of psorosperms.)** *British Medical Journal. December 1892.*

Dieser am 20. December 1892 vor der Pathological Society of London gehaltene Vortrag ist von exclusiv bacteriologischem Interesse und muss von Interessenten im Original nachgelesen werden, da sich die ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes für ein Referat durchaus nicht eignet. SEMON.

39) **W. Robertson** (Newcastle). **Doppelseitiges Empyem der Highmorshöhle. (Double empyema of the antrum of Highmore.)** *British Medical Journal. 2. Januar 1892.*

Vorstellung des Patienten in der Newcastle Clinical Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

40) **P. Luc** (Paris). **Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle durch Erysipelas-streptococcus verursacht.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 8.*

Titel deckt den Inhalt. LANDGRAF.

41) **Scheibe** (München). **Ueber Kieferhöhleneiterung.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 51. 1892.*

Verf. empfiehlt die breite Eröffnung der Kieferhöhle von der Fossa canina aus; meist genügt Cocain, sonst Chloroformnarcose. Die Höhle wird sorgfältig ausgespritzt, trockengelegt und mit feinstpulverisirter Borsäure eingeblasen, die Oeffnung mit in Sublimatgaze gewickelten Wattetampons verschlossen.

SCHECH.

42) **Siebenmann. Ueber Spontanheilung von Empyem der Highmorshöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 11. 1892.*

Mittheilung eines von Grünwald angezweifelten Falles von Spontanheilung eines nach Zahnextraction entstandenen und 3 Jahre dauernden chronischen Kieferhöhlenempyems. Gleichzeitig bestand noch eine Fistelöffnung an Stelle des extrahirten Zahnes, die ebenfalls von selbst heilte. SCHECH.

43) **Cartaz. Die Behandlung hartnäckiger Eiterungen der Kieferhöhlen. (Du traitement des suppurations rebelles des sinus maxillaires.)** *Archiv. internat. de laryngol. etc. Bd. V. No. 2. 1892.*

Gewisse Zeichen lassen fast mit Sicherheit erkennen, ob die Kieferhöhle krank ist; eines der besten ist die Durchleuchtung. Die Eiterung der Höhle ist hartnäckig, wenn die Zähne in grosser Zahl schlecht sind und wenn durch die antiseptischen Ausspülungen nicht bereits in kurzer Zeit etwas erreicht ist. Man wird dann zu einem ernsteren Eingriff schreiten müssen. — Es folgen diesen

Ausführungen die Krankengeschichten zweier Fälle, in denen die Eiterung des Antrum erst auf Curettement hin zurückging. E. J. MOURE.

44) **de Gaetano** (Neapel). **Fall von Epitheliom der Highmorshöhle. (Caso d'epitelioma dell'antro di Highmoro.)** *Giorn. Int. delle Sc. med. 1892. No. 19.*

Beschreibung des histologischen Befundes an einem zu diagnostischem Zweck exstirpirten Geschwulstfragmente. Es war ein, wahrscheinlich aus den Drüsen der Highmorshöhlenschleimhaut hervorgegangenes Epitheliom. TOTI.

45) **M. Fronstein** (Moscau). **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Kieferhöhle. (K kasuistice inorodnich tel w gigmorowoi polosti.)** *Russ. Med. 1892. No. 25—28.*

Verf. beschreibt 2 Fälle von Kieferhöhlenempyem, wo in den Kieferhöhlen je eine cariöse Zahnwurzel gefunden wurde. Im 2. Falle datirte Pat. seine Krankheit (übler Geruch aus der Nase, Hineinfliessen von übelriechendem eitrigem Schleim in den Nasenrachenraum) seit der Extraction des 2. Praemolaris derselben Seite, wobei ein Theil der Wurzel zurückgeblieben war. Als Verf. diese Wurzel extrahiren wollte, glitt dieselbe in die Kieferhöhle. In beiden Fällen wurde die Zahnwurzel beim Durchspülen, vom Alveolarfortsatz aus, in die Nase entfernt und ausgeschnaubt. Beide Pat. wurden geheilt.

Bei Besprechung der Diagnose hält F. als einzig sicheres Zeichen der Kieferhöhleneiterung die Punction mit positiven Resultat. LUNIN.

46) **Coppez. Erkrankungen des Sinus frontalis. (Des maladies du sinus frontalis.)** *Journal de méd., de chir. et de pharmacol. No. 8. 1892.*

Gallemaerts veröffentlicht eine Vorlesung von C., welche dieser gelegentlich der Operation einer Hyperostose des Sin. front. und der eines Abscesses desselben Sinus in seiner Klinik über die Erkrankungen des Sin. front. gehalten hatte. C. macht unter anderen auf die Differentialdiagnose zwischen Sinusabscess und Lacrymaltumor aufmerksam, wobei es genüge, eine Wasserinjection in die Thränencanalöffnung zu machen; denn im Falle eines Thränensackabscesses laufe die Flüssigkeit nicht in die Nase ab. — Bei Sinusabscessen dringe der Eiter gewöhnlich durch die untere Wand des Sinus, welche am dünnsten und abfälligsten, und komme an der Seite des Augenlides zu Tage, weil der Weg zur Conjunctiva durch eine Aponeurose abgesperrt ist. Man habe auch den Eiter in den Thränensack durchbrechen sehen, ebenso könne er sich nach der Nasen- und Schädelhöhle hin entleeren.

C. ist nicht sehr für die Sondirung des Sin. frontal. eingenommen, die er fast für unmöglich hält! Er hält die Eröffnung mittelst eines starken Bistouris am besten, eventuell mit Auskratzung des Sinus und Drainirung nach der Nase hin.

BAYER.

47) **E. Sacchi** (Genua). **Empyem der linken Stirnhöhle. Trepanation. Bildung eines neuen Stirnhöhlen-Nasencanals. (Empiema del seno frontale sinistro. Trepanazione. Formazione di nuovo canale naso-frontale.)** *Gazz. degli Ospit. 26. Juli 1892.*

Das Empyem war unter acuten Erscheinungen nach Influenza-Pneumonie

entstanden, und hatte zum Durchbruch der Eiterung in der Stirngegend und Fistelbildung geführt. Breite Eröffnung und Auskratzung der eiternden Höhle von aussen; Durchbohrung eines Stirnhöhlencanals; Naht. — Der Verlauf nach der Operation dadurch gestört, dass der neugebildete Canal durch Granulationen und kleine Polypen verlegt wurde. (Ref. meint, man hätte zur Sicherung des Ausflusses in die Nasenhöhle eine in letztere weit einmündende, mit der Stirnhöhle communicirende Drainröhre vor der Naht anlegen sollen.) Der Fall war z. Z. der Veröffentlichung noch nicht ganz geheilt. TOTI.

c. Mundrachenhöhle.

48) **A. Rossi** (Neapel). **Bakteriologische Untersuchungen über Noma (Cancer aquaticus). (Ricerche bakteriologiche sul noma [cancer aquaticus]).** *Riforma Medica. 19. August 1892.*

R. hat zwei in Alcohol aufbewahrte Präparate des pathologischen Museums in Neapel histologisch und bacteriologisch untersucht. Er kommt zum Schluss, dass Noma ein destructiver Process specifischer Natur ist, wobei man einen besonderen Bacillus und Strepto- und Staphylococcen antrifft. Sehr wahrscheinlich ist der Bacillus ein gewöhnlicher Gast der Mundhöhle, der im günstigen Boden und in der Symbiose mit den Eitercoccen Gelegenheit findet, virulente Eigenschaften zu erwerben und specifisch zu werden; möglich endlich, dass die Eitercoccen Ursache des regressiven Processes und die eigentliche Läsion nichts anderes als ein einfaches mycotisches Geschwür ist; dann wäre der gefundene Bacillus nichts anderes, als ein unschädlicher, zufälliger Schmarotzer. TOTI.

49) **C. Röse** (Freiburg i. B.). **Ueber die erste Anlage der Zahnleiste beim Menschen.** *Anatom. Anzeiger. 10. Dec. 1892.*

Im Oberkiefer des Menschen finden sich bei Embryonen von 11—12 mm Länge als letzte Residuen der bei den Vorfahren vorhandenen primitiven Zähnchen zwei frei über die Schleimhautoberfläche hervorragende rein epitheliale Papillen; sie bilden aber keine primitiven Dentinzähnchen.

Nach vorne und hinten von ihnen entwickelt sich die Zahnleiste, ähnlich wie auf der ganzen Höhe des Unterkiefers, in Gestalt einer spindelförmigen Epithelverdickung, die bei weiterer Volumszunahme bereits im Alter von 40 Tagen ins Kiefermesoderm eingesunken ist.

Die früher vorhandenen Papillen bilden nun beim Embryo von 15 mm Länge einen Theil der zusammenhängenden gemeinsamen Zahnleiste.

Das binodonte Gebiss des Menschen und der Primaten stellt unter den Säugethieren eines der primitivsten Gebissformen dar. A. ROSENBERG.

50) **C. Röse** (Freiburg i. B.). **Ueber die Verwachsung von retinirten Zähnen mit dem Kieferknochen.** *Anatom. Anzeiger. 31. Dec. 1892.*

Dass die Zähne der Säuger nie mit den Knochen verwachsen sind, dafür liegt das ursächliche Moment in dem Weiterwachsen der Hertwig'schen Epithelscheide, die in Form eines siebartig durchlöcherten Epithelmantels eine unübersteigliche Grenzmauer zwischen dem Knochen der Alveole und der Cementschicht bildet. Ist die Epithelscheide zerstört, z. B. bei replantirten Zähnen, so tritt meistens eine Verwachsung des Zahns mit dem Kieferknochen ein.

Wenn das Periodont zu wuchern beginnt und die harten Zahnsubstanzen durch Knochenbildung verdrängt, dann werden die höher differenzirten Gewebe (Zahnbein u. Schmelz) auf Kosten des weniger differenzirten, aber gefässreicheren knöchernen Cements verdrängt.

Eine Verwachsung tritt erst nach Zerstörung der Epithelscheide ein, was erst durch periostitische Processe oder Altersatrophie geschieht.

Der Knochenneubildung geht voraus Resorption der harten Zahnsubstanzen durch zellenreiches Periodont. Durch directe Verknöcherung dieses gewucherten Periodonts entsteht einerseits eine directe Verwachsung mit dem Zahn, anderseits eine unmittelbare Verbindung des gewucherten Cements mit dem Kieferknochen.

A. ROSENBERG.

51) **A. Eichholz. Rassenvariationen in der Länge des Processus palatinus der Maxilla. (Racial variations in the length of the palatine process of the maxilla.)** *Brit. Med. Journ. July 2. 1892.*

In diesem am 23. Mai 1892 vor der Anatomical Society of Great Britain gehaltenen Vortrag kommt der Verf. auf Grund seiner Messungen zu dem Resultat, dass die Länge des Processus palatinus in den sogenannten höhern Rassen geringer ist als in den niederen; die Verschiedenheit ist eine allmälige. Variationen in der Breite andererseits sind nicht characteristisch. Auch ging aus den Messungen hervor, dass je höher die Rasse, um so weniger steil die typische Gaumenkrümmung ist.

SEMON.

52) **Mosbacher** (Eschen). **Ueber Enchondrom des Oberkiefers.** Inaug.-Dissertat. Würzburg 1892.

Enchondrom des Oberkiefers im Zustande beginnender schleimiger Entartung. Der Ausgangspunkt war wahrscheinlich das Periost.

SEIFERT.

53) **William Elliot** (Birmingham). **Einige Beobachtungen an dem Mund und den Zähnen während der Schwangerschaft. (Some observations upon the mouth and teeth during pregnancy.)** *Birmingham Med. Review. Juli 1892.*

Die Arbeit, die sich mit den Verhältnissen des Zahnfleisches und der Zähne während der Gravidität befasst, hat nur für den Zahnarzt Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

54) **X. Künstliche Zähne vom hygienischen Standpunkt aus betrachtet. (Artificial teeth from a hygienic point of view.)** *Lancet. 2. Januar 1892.*

Eine Notiz des Herausgebens, der darauf hinweist, dass Entzündungen des

Mundes oft durch mangelnde Reinlichkeit an künstlichen Gebissen ihren Ursprung nehmen. Vulcanitplatten besonders neigen für Reizung des Zahnfleisches und Mundaffectionen. MACKENZIE JOHNSTON.

55) **Knecht** (Eberbach). **Beitrag zur Histologie der Epuliden.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Beschreibung einer Epulis fibromatosa, welche als faustgrosse Geschwulst mit breiter Basis am Oberkiefer aufsass. SEIFERT.

56) **L. Piazza** (Neapel?). **Ueber periodische Pharyngitis.** (**Sulla faringite periodica.**) *Boll. delle Mal. dell'Or. 1892. No. 12.*

P. glaubt demonstrirt zu haben, dass nicht nur bei Malaria, sondern auch bei anderen fieberhaften Infectionen eine periodische Rachenentzündung vorkommen kann. TOTI.

57) **V. Garzia** (Neapel). **Primärer Pemphigus der Mund- und Rachenschleimhaut.** (**Penfigo primario della bocca e della faringe.**) *Napoli Orfeo. 1892.*

Fall aus der Klinik von Massei. Diagnose zuerst schwierig, 1. da der Pemphigus oralis et pharyngeus lange Zeit demjenigen der Haut vorausging; 2. da das Aussehen der Schleimhaut sehr ähnlich war demjenigen der confluirenden Condylome, mit unebener und mit dicken Epithelschichten bedeckter Oberfläche; 3. da die Blasen auf der Schleimhaut eine viel kürzere Dauer zu haben pflegen, als auf der Haut. — Mit dem Allgemeinwerden des Exanthems traten sehr ernste allgemeine Erscheinungen auf, und keine Behandlung konnte den letalen Ausgang fernhalten. TOTI.

58) **T. Heryng. Pemphigus der Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfs.** (**Babliea blony sluzowej gardzieli i krtani.**) *Nowiny lekarskie. No. 5. 1892.*

Verf. beschreibt 6 Fälle dieser seltener Erkrankung, von denen er drei seinem Collegen Dr. Elsenberg verdankt. Die Krankheit hatte in allen Fällen einen chronischen Verlauf und typischen Character. In 4 Fällen endete sie letal, nach Ausbruch eines Pemphigus universalis. Bei keinem der Patienten konnte aus der Anamnese noch durch die klinische Untersuchung Syphilis nachgewiesen werden. Die Krankheit hatte ihren Sitz auf der Mucosa der Wangen, des weichen Gaumens, der Zunge und der Epiglottis. Grössere oder kleinere Auflagerungen von weissen croupösartigen Membranen, von unregelmässiger Form, die manchmal locker, manchmal fester der Mucosa aufsassen, bildeten das Characteristische der Erkrankung, deren Bild vollkommen mit der Beschreibung von Mandelstamm zusammenfällt. Epiglottisrand und Petiolus, Lig. ary-epiglottica waren nur in einem Falle afficirt. Die Epiglottis selber war etwas verdickt und geröthet. An diesen Stellen liessen sich die Membranen nur schwer abstreifen und bluteten nach Entfernung des Belages, der immerwährend ebenso wie im Rachen recidivirte. Foetor ex ore wurde gar nicht beobachtet. Salivation nur in zwei Fällen abundant. Alle Kranken klagten über Dysphagie und heftiges Brennen im Halse. Alle waren schlecht genährt, manche cachectisch. Die Kranken waren fieberlos und durch

ihren Zustand stark deprimirt. Fast alle hatten wegen Verdachts auf Syphilis eine specifische Cur ohne Erfolg durchgemacht. Ebensowenig Erfolg brachten die verschiedensten gegen das Leiden angewandten Medicationen. Der Ausbruch des Pemphigus universalis erfolgte in einem Falle zwischen dem 5.—6. Monate nach der Rachenerkrankung, im 2. nach 4. im 3. nach 5, im 4. nach 6 Monaten. Zweimal beschleunigte der Ausbruch einer Lungenaffection das letale Ende. Das Alter der verstorbenen Patienten betrug bei den Männern 14 und 40 Jahre, bei den Frauen 30 und 40 Jahre. LUBLINER (HERYNG).

59) **F. G. Knight. Pharynxmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *N. Y. Med. Journal. 3. December 1892.*

K. berichtet: „Bei der Behandlung der typischen Fälle von Mycosis erfuhr ich dieselben Schwierigkeiten, wie alle, die je über diesen Punkt gesprochen oder geschrieben haben; ich fand nichts Zufriedenstellendes, es blieb mir nur übrig, tief in jeden Follikel mit der Spitze des Galvanokauters einzubrennen. Diese Therapie ist bei den extensiveren Fällen fast so widerwärtig, wie die electrolytische Behandlung bei überflüssigem Haarwuchs. Localisirt sich die Krankheit zufällig zu einem Theile so auf der Tonsille, dass man ein Stück davon excidiren kann, so wird dies die Behandlungsdauer wesentlich abkürzen. LEFFERTS.

60) **Nabias u. Sabrazès. Fremdkörper und hornartige Bildungen im Schlunde bei den Pharynxmycosen. — Wirkung des Zinkjodchlorürs auf den Leptothrix buccalis. (Corps étranger et productions cornées de l'arrière gorge dans les pharyngomycoses. — Action du chlorure de zinc iodé sur le leptothrix buccalis.)** *Bulletin et memoires d. l. soc. de laring. de Paris. No. 6. Juni 1892.*

Die Rachenmycosen sind verursacht durch die Localisation eines Parasiten, des Leptothrix buccalis, auf der Mandel. Im Centrum der parasitären Massen existirt ein conischer, fester Kern, der gebildet ist aus einer Anhäufung verhornter Zellen. Um diesen Kern herum fixirt sich der Parasit. Das Zinkjodchlorür hemmt die Entwicklung des Pilzes vollständig. E. J. MOURE.

61) **Jullien** (Paris). **Primäre und isolirte Tuberculose des Rachens. (Tuberculose primitive et isolée du pharynx.)** *Société française de Dermatologie et de syphiligraphie. 15. Februar 1892.*

Vorstellung einer Kranken mit drei Ulcerationen mit gelblichem Grunde in der Rachengegend; diese Patientin, die sonst stets guter Gesundheit sich erfreut hatte, stand seit 6 Monaten in engen Beziehungen zu einem Phthisiker.

Eine leichte Abschabung der Oberfläche der Geschwüre lieferte ein Secret, das an Tuberkelbacillen reich war; auf diese Weise liessen sich die Substanzverluste von syphilitischen Veränderungen, die ganz ähnlich aussehen, unterscheiden. MENDEL.

62) **J. E. Boylan. Ein Fall von Tuberculose des Rachens. (A case of tuberculosis of the pharynx.)** *Journal Am. Med. Assoc. 15. October 1892.*

Der Tod erfolgte 4 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome im Rachen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) Percy **Kidd** (London). **Tuberculöse Ulceration des Pharynx mit Milchsäure behandelt. (Tuberculous ulceration of the pharynx treated by lactic acid.)** *British Medical Journal. Nov. 19. 1892.*

Demonstration der Patientin, einer 41jährigen Frau, am 14. November 1892 vor der Medical Society of London. Die Patientin zeigte eine grosse Narbe im Rachen, entsprechend dem Sitz der früheren Ulceration. Bemerkenswerth war, dass Kidd nach Anwendung schwächerer Lösungen schliesslich reine Milchsäure applicirt hatte! Die Heilung war zur Zeit eine vollkommene. SEMON.

64) N. **Palazzolo** (Catania). **Beitrag zum Studium der Mund- und Pharynxtuberculose. (Contributo allo studio della tubercolosi della bocca e della faringe.)** *Arch. ital. di Laringologia. 1892. No. 1.*

Anlässlich zweier selbst beobachteter Fälle, behandelt P. compilatorisch die Geschichte, pathologische Anatomie, Pathogenese, Diagnose und Therapie der Mund- und Rachentuberculose. TOTI.

65) **Cartaz. Ein paar Fälle von Syphilis des Rachens und Kehlkopfs. (Quelques cas de syphilis pharyngo-laryngée.)** *Bullet. et mem. de la soc. de laring. de Paris. No. 6. Juni 1892.*

Verf. berichtet über 8 Fälle von Syphilis der oberen Luftwege; die vier ersten sind Schanker der Tonsillen, der fünfte ein Schanker des Gaumensegels; zwei andere Fälle zeigen Gummata im Rachen und der letzte endlich handelt von einem fibrösen Polypen im Larynx bei alter Kehlkopfsyphilis.

E. J. MOURE.

66) **G. Gradenigo** (Turin). **Pharynxteratom. (Teratoma della faringe.)** *Giorn. della R. Accad. di Med. di Torino. 1892. No. 2.*

Die kleine, 20 mm im grössten Durchmesser messende Geschwulst, war angeboren, und sass auf dem vorderen Gaumenbogen an der Vereinigungsstelle des inneren mit dem mittleren Drittel. Entfernung mit der Scheere. Die microscopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus Binde- und Fettgewebe bestand, und mit normaler Cutis, ohne Papillen, und mit feinen Haaren bedeckt war. Das Teratom würde nach Saint-Hilaire dem Epignatus, nach Taruffi dem Endoprotopus amorphus entsprechen. TOTI.

67) **Hoppe** (Ottenstein). **Die malignen Geschwülste des Pharynx.** Dissert. Berlin 1892.

Fall aus der B. Baginsky'schen Poliklinik betraf einen 25 jährigen Mann, bei welchem ein wallnussgrosser Tumor dicht unter dem unteren Rande der linken Tonsille dem unteren Rand des hinteren Gaumenbogens aufsass. Der Tumor durch Galvanocaustik entfernt. Nach $1^1/_4$ Jahr Recidiv, abermalige Operation, nach $^1/_4$ Jahr Recidiv, Operation, später nochmals Recidiv, keine weitere Operation.

Histologische Untersuchung ergab Spindelzellensarkom. SEIFERT.

68) **V. Grazzi** (Florenz). **Einige Bemerkungen über Pharyngealabscesse. (Alcune considerazioni sugli ascessi faringei.)** *Boll. delle Mal. dell'Orecchio. 1892. No. 5, 6.*

Der Vorschlag, die bis jetzt retropharyngeal genannten Abscesse bloss pharyngeal zu nennen, ist das einzig Neue in dieser Arbeit. TOTI.

69) **Brigidi** (Genua). **Wanderung eines Lumbricoides in die tiefen Nackenmuskeln durch die Wirbelsäule, aus einem sich im Pharynx eröffnenden tuberculösen Abscesse. (Migrazione di un lombricoide nei muscoli profondi della nuca, passando altraverso la colonna vertebrale da un ascesso scrofoloso apertosi nella faringe.)** *Gazz. degli Ospitali. 4. Juni 1892.*

Beschreibung des dieses Ereigniss demonstrirenden, im pathologischen Museum von Genua befindlichen Präparates. TOTI.

70) **W. J. Brock** (Swansea). **Zwei Fälle von Retropharyngealabscess bei Kindern. (Two cases of retropharyngeal abscess in infants.)** *Lancet. 13. Aug. 1892.*

Krankengeschichte zweier Fälle, die von aussen her operirt wurden, die Fälle sind den in der Arbeit von B. Pollard erwähnten sehr ähnlich.

MACKENZIE JOHNSTON.

71) **Albert Carless** (London). **Retropharyngealabscess bei einem Kinde; Tracheotomie; Incision; Heilung (Retropharyngeal abscess in a child; tracheotomy; incision; recovery.)** *Lancet. 27. August 1892.*

Der Fall betrifft ein Kind von 19 Monaten; es wurde die Tracheotomie gemacht zur Linderung der Dyspnoe und dann der Abscess von aussen her eröffnet. Die Arbeit schliesst mit einigen Bemerkungen über die Vortheile dieser Operationsmethode für alle Fälle. MACKENZIE JOHNSTON.

72) **E. Sacchi** (Genua). **Beitrag zur Behandlung der Retropharyngealabscesse. (Contributo alla cura degli ascessi retrofaringei.)**

S. plaidirt für die Eröffnung von aussen in allen Fällen aus antiseptischen Gründen. Er hat so 2 Fälle operirt. Der erste war nach $1^1/_2$ Monaten, der zweite bald geheilt. S. räth den Schnitt, statt am vorderen, am hinteren Rande der Sternocleidomastoideus zu machen, und giebt anatomische Gründe dafür an.

TOTI.

73) **Davidson** (Liverpool). **Retropharyngealabscess: Asphyxie: Laryngotomie: Heilung. (Post-pharyngeal abscess: asphyxia: laryngotomy: recovery.)** *Lancet. 15. October 1892.*

Krankengeschichte eines interessanten Falles, der einen 40 jährigen Mann betrifft. Bei der Aufnahme des Pat. in das Spital war die Angabe gemacht worden, dass es sich um eine acute Tonsillitis handle, aber da der Pat. die Kiefer nicht auseinander bringen konnte, wurde diese Diagnose verworfen (? Red.). — Kurz danach fand man den Pat. moribund, die Athmung hatte bereits ausgesetzt, der Conjunctivalreflex fehlte, der Puls war an der Radialis nicht zu fühlen. Es wurde

sofort die Laryngotomie gemacht und die künstliche Athmung eingeleitet, mit dem Erfolge, dass allmälig das Leben wieder zurückkehrte. Am folgenden Morgen wurde der Hals untersucht, es fand sich ein retropharyngealer Abscess, der eine kleine Oeffnung in der Mittellinie hatte, aus der Eiter herausfloss. Eine Wirbelerkrankung bestand bei dem Pat. nicht, doch hatte er früher gelegentlich an Blutausfluss aus der Nase gelitten. Eine Veränderung in dieser Gegend liess sich jedoch nicht entdecken; der Pat. machte eine ungestörte Heilung durch.

MACKENZIE-JOHNSTON.

d. Diphtherie und Croup.

74) **S. Dserschgowski u. Rekowski** (Petersburg). **Untersuchungen über die Veränderungen der Nährböden durch die Diphtherie-Bacillen und die chemische Analyse dieser Mikroben. (Recherches sur la transformation des milieux nutritifs par les bacilles de la diphtérie et sur la composition chimique de ces microbes.)** *Archiv. de scienc. biolog. publ. p. l'instit. impérial. 1892.*

Zweck dieser Arbeit ist die Entscheidung der Frage: Bilden die toxischen Albumosen der Diphtheriebacillus eine chemische Verbindung, oder haben wir es hier bloss mit einer Mischung von giftigen Substanzen zu thun, die von dem Bacillus producirt werden, mit den Albumosen der Bouillon.

Die Bacillen entwickeln sich blos auf Kosten der Peptontheile, welche in Alcohol löslich sind. Sie machen diese Substanzen ärmer an C und N und reicher an H und O. In dieser Art der Veränderung besteht vielleicht die toxische Wirkung der, noch nicht zerfallenen, Eiweisverbindungen.

Die Bacillen brauchen zu ihrer Entwickelung aller Wahrscheinlichkeit nach, nicht nur N- sondern auch C-Verbindungen; da aber dieselben in der Bouillon nicht enthalten sind, so zerlegen die Bacillen die Eiweissstoffe, unter Ausscheidung von Ammoniak und seiner Derivate, die ihrerseits die Eiweissstoffe des Pepton in toxische Substanzen verwandeln. Eine Entscheidung der Frage über die Natur der Toxine vermögen die Verf. nicht zu geben. Sie sprechen sich dafür aus, die toxischen Substanzen seien ein Gemisch von organischen Verbindungen mit den Eiweisskörpern des Nährbodens.

LUNIN.

75) **W. H. Park. Die Diphtherie und verwandte pseudo-membranöse Entzündungen. — Eine klinische und bakteriologische Untersuchung. (Diphtheria and allied pseudo-membranous inflammations — a clinical and bacteriological study.)** *Med. Record. 30. Juli u. 6. August 1892.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Resultate früherer Untersuchungen zusammen mit dem Ergebniss der vorliegenden Arbeit zwingen uns anscheinend zu dem Schlusse, dass es zwei grosse Gruppen unter den pseudo-membranösen Entzündungen giebt, die eine verursacht durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus, die andere durch gewisse Arten von Streptococcen. Die paar Fälle, in denen der Pneumococcus Fränkel

oder andere Coccen die Ursache der Entzündung zu sein schienen, fallen natürlich unter die zweite Gruppe.

Die erste Gruppe ist, von Anfang bis zu Ende, ein localer Process und die Krankheitsvorgänge sind bedingt durch das Gift, das die Bacillen in der Pseudomembran produciren. Dieso Affection ist gefährlich in allen Lebensaltern. Die zweite Gruppe ist ebenfalls zuerst ein localer Process, allein es kann jederzeit eine Allgemeininfection daraus werden. Diese Affection neigt ganz besonders zur Complication mit Bronchopneumonie bei Kindern. Beide Krankheiten sind häufig mit einander verbunden, beide sind direct contagiös, wenn auch in verschiedenem Grade.

Diese beiden Affectionen, die verursacht sind durch verschiedene Bacterien und sich in so manchen Punkten unterscheiden, sollten nicht länger mehr unter einem Namen gehen. Der Name Diphtherie dürfte wahrscheinlich für alle die Fälle in Anspruch genommen werden, bei denen der Klebs-Löffler'sche Bacillus vorhanden ist, sei es allein oder im Verein mit anderen Bacterien.

Für die zweite Gruppe ist mancher Name vorgeschlagen worden; ob der Streptococcus sich in einer solchen Mehrzahl von Fällen findet, dass der Name Streptococcen-Diphtherie annehmbar erscheint, können erst weitere Untersuchungen lehren. Vielleicht ist zur Zeit der Name Pseudo-Diphtherie mehr am Platze.

In allen Fällen, wo die Diagnose in Zweifel ist, soll eine bacteriologische Untersuchung vorgenommen werden, weil

1. Eine correcte Diagnose stets zu erstreben ist.

2. Ohne diese sind alle Versuche, aus statistischen Zusammenstellungen den Werth besonderer Behandlungsmethoden oder prophylaktischer Massnahmen kennen zu lernen, fast völlig werthlos wegen der häufigen Incorrectheit der Diagnose. Die Thatsache, dass innerhalb 4 Monaten weniger als ein Drittel aller Fälle, die der Diphtherieabtheilung des Spitals zugesandt wurden, wahre Diphtherie hatte, mag genügen, um die Schwierigkeit der klinischen Diagnose zu kennzeichnen.

3. Sie fördert uns in prognostischer und therapeutischer Hinsicht in den schwereren Fällen und lässt uns wirksamere Anordnungen treffen zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit.

4. Die Untersuchung ist zuverlässig, sie lässt sich häufig sofort, immer aber in 20 Stunden vornehmen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **Bourges. Die Diagnose der Diphtheritis. (Diagnostic de la diphthérie.)** *Médecine moderne. 29. Sept. 1892.*

Verf. bespricht in der vorliegenden Arbeit die Diagnose der Rachen-Diphtheritis in ihrer differentiellen Unterscheidung vom Soor, von der Hydroa, der ulcerös-membranösen Stomatitis, der folliculären Angina, vom Herpes u. s. w. Ferner behandelt er kurz die Diagnose gewisser Complicationen der Diphtherie, die mehr oder wenig schwierig zu erkennen sind (Myocarditis, Lähmung, Erythema). Der letzte originellere Theil der Arbeit behandelt die Pseudo-Diphtherie; B. versteht unter dieser Beziehung die Fälle mit Pseudomembranen, bei denen keine Löffler-schen Bacillen vorkommen. Besonders handelt es sich hierbei um die primären

pseudo-membranösen Anginen, wie sie von Roux und Yersin, Ménetrier und Netter beschrieben sind. In anderen Fällen handelt es sich um secundäre Erscheinungen, die im Laufe von Infectionskrankheiten vorkommen: hierher gehören die pseudo-membranösen Bildungen, die man auf der Uterusschleimhaut, an der Vulva und in der Vagina bei gewissen puerperalen Infectionen beobachtet.

B. rechnet noch unter die Pseudo-Diphtherie die Pseudomembranen, die sich ziemlich häufig auf der Oberfläche secundärer Syphilide entwickeln, schliesslich auch die diphtheroide Stomatitis bei heruntergekommenen Kindern. die Sevestre und Gaston studirt haben.

In allen diesen Fällen. ganz besonders aber da, wo primäre Pseudomembranen im Rachen und im Larynx vorliegen, wird die bacteriologische Untersuchung der Membran das beste Hilfsmittel für die Diagnose ausmachen.

LUC.

77) **S. Kalmikow** (Moscau). **Zur Diagnose der Diphtherie. (K diagnostike diphtherii.)** *Med. obosr. 1892. No. 9.*

Verf. empfiehlt ein Stückchen von dem fraglichen Belag zu entfernen, zwischen 2 Deckgläschen zu zerreiben, zu fixiren und dann mit Methylenblau zu färben. Aus dem Ueberwiegen der Bacillen und deren Anordnung in Colonien, will Verf. seine Diagnose stellen. Es werden einige Krankengeschichten angeführt, welche den Werth dieser Methode illustriren. LUNIN.

78) **S. Davies** (Plumstead). **Diphtheritis und Grubengas. (Diphtheria and sewer Gas).** *Lancet. 19. Nov. 1892.*

Ein Brief an den Herausgeber spricht die Vermuthung aus, dass das Anwachsen der Diphtherie in London zum Theil auf die Ventilation der Abzugskanäle auf den Strassen zurückzuführen sei. MACKENZIE-JOHNSTON.

79) **Redactionelle Notizen. Die Diphtheritis und die städtischen Schulen. (Diphtheria and Board schools.)** *Lancet. 19. Nov. 1892.*

Das Ueberwiegen der Diphtherie. (Diphtheria prevalence.) *Lancet. 19. November 1892.*

Bemerkungen des Herausgebers — ohne allgemeineres Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

80) **Redactionelle Notiz. Diphtheritis und ihre Beziehungen; eine neue Art der Untersuchung. (Diphtheria and its relations — a truly original research.)** *Medical and Surgical Reporter. 3. December 1892.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Redactionelle Bemerkung. Zur Pathologie der Diphtheritis. (The pathology of diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. December 1892.*

Die Diphtherie ist eine Krankheit von unzweifelhaft infectiösem Ursprung; local im Beginne und constitutionell, früher oder später, durch die Resorption eines besonderen und ausnahmsweise stark virulenten Giftes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **X. Die Sterblichkeit an Scharlach und Diphtherie in London. (Mortality of scarlet fever and diphtheria in London.)** *Brit. Med. Journal. 3. December 1892.*

In einer kurzen Notiz werden die Sterblichkeitsziffern während einer Zeit von 10 Wochen einander gegenüber gestellt. Die Sterblichkeit unter den Scharlachfällen betrug 3,5 pCt., während von den Diphtheritisfällen 21,2 pCt. letal ausgingen. MACKENZIE-JOHNSTON.

83) **J. A. Hawkins. Ein Fall von Diphtherie, bei dem die Membran lange bestehen blieb, mit nachfolgender Nephritis. (A case of diphtheria, in wich the membrane persisted for a long time, with nephritis as a sequence.)** *Phil. Med. News. 8. Oct. 1892.*

Ueber die Natur des Falles sagt die Ueberschrift genug. LEFFERTS.

84) **F. Huber. Zwei Tracheal- und Bronchial-Ausgüsse diphtheritischen Ursprungs. (Two tracheal and bronchial casts diphtheritic.)** *Arch. Pediatrics. September 1892.*

Der Pat. war 8 Jahre alt, es wurde die Intubation gemacht und kurze Zeit danach hustete der Pat. einen röhrenförmigen Ausguss der Trachea und der grossen Bronchien aus. Am nächsten Tage kehrte die Dyspnoe wieder und es wurde die Tracheotomie gemacht; der Pat. hustete nun zum zweitemale und diesmal einen grösseren Trachealabguss durch die Canüle aus. Die Dyspnoe verschwandt für 9 Stunden: dann hatte sich eine neue Membran gebildet und der Pat. starb. Die beiden Punkte, die das Interesse erregen, sind: 1. die diphtherische Membran, nur leicht aufsitzend, wurde losgestossen in Folge des Reizes, den die Gegenwart der Canüle bedingte; und 2. die rapide Neubildung der Membran. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **J. R. de Arellano. Bericht über den Croup in der City von Mexico und die prophylactischen Massnahmen gegen seine Weiterverbreitung. (Notes on croup in the city of Mexico and prophylactic measures against its growth.)** *Reprint from American Public Health Association Reports. 1892.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **Albert Wilson** (Leytonstone). **Klinische Beobachtungen über Diphtherie und Croup. (Clinical observations on diphtheria and croup.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1892.*

Die interessanten Mittheilungen W.'s lassen sich in einem Referat nur schwer wiedergeben. Der Autor scheint als Hauptinfectionsüberträger die Luft anzusehen und die Milch als Vehikel des Krankheitskeimes nicht gelten lassen zu wollen. Das gelegentliche Vorkommen von Diphtherie unter dem Bilde der folliculären Tonsillitis wird besonders betont.

Gewisse Behauptungen W.'s dürften wenig Zustimmung finden. Der Laryngismus stridulus und der Pseudocroup werden in einer Weise besprochen, als ob sie identisch wären. Dann kommt bei der Besprechung der Aetiologie des Laryngismus folgender Satz vor: „Der Hustentypus beim Laryngismus ist tief

und heiser, wie wenn die Stimmbänder abducirt wären (sic! Ref.; der Husten bei Adduction der Stimmbänder würde hoch und scharf sein (!! Ref.)"

Für die Behandlung wird der Alkohol verworfen. Nützlich scheint folgendes Recept zu sein

Acid. lactic. . . .	2,0
Acid. boric. . . .	40,0
Glycerin	100,0.

Diese Mischung scheint einen leidlichen Geschmack zu haben, so dass die Kinder sich nicht dagegen sträuben. P. MC BRIDE.

87) **G. Masini** (Genua). **Lähmung der Postici nach Tracheotomie wegen Croup. (Paralisi dei crico-aritenoidei posteriori dopo una tracheotomia per croup.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1892. No. 10.*

Durch fortgesetzte Application des galvanischen und faradischen Stromes, Massage, Gymnastik der Larynxmuskeln konnte M. endlich die Lähmung beseitigen und die einen oder mehrere Monate getragene Canüle entfernen. Die Arbeit enthält mehrere interessante Bemerkungen über die Physiologie der Kehlkopfmuskeln. TOTI.

88) **D. H. Kerfoot. Lähmung infolge von Diphtherie. (Paralysis a sequela of diphtheria.)** *Mass. Med. Journ. Juni 1892.*

K. giebt ausführliche Krankengeschichten von 7 Fällen, von denen 5 unglücklich endeten. Für die Behandlung empfiehlt er Ruhe und zwar so streng als irgend durchführbar, in Rückenlage, den Kopf, die Arme und die Beine möglichst hoch gelagert, um die Blutzufuhr zum Rückenmark zu begünstigen, Abreibungen des Rückens und der Extremitäten und die äussere Application von warmer Kalium sulfur.-Lösung auf die Körperoberfläche.

Die wirksamsten Medicamente sind Strychnin 0,0015 g 5—6 mal am Tage und pyrophosphorsaures Eisen 0,15—0,3 g 3—4 mal am Tage.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **C. W. Aitkin. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (Diagnosis and treatment of diphtheria.)** *Am. Practitioner and News. 8. Oct. 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

90) **W. J. Mayburg. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. (Diphtheria, its treatment.)** *Trans. Main. Med. Assoc. 1892. Vol. 11. p. 141.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **B. D. Watkins. Behandlung des spasmodischen Croups. (Treatment of spasmodic croup.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. Februar 1892.*

W. empfiehlt Tinct. Jodi composita $^1/_5$ Tropfen alle 15 Minuten bis zu 6 Dosen zu nehmen, dann weiter 2—4stündlich noch 3 oder 4 Tage lang.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **S. J. Robinson. Die klinische Erfahrung eines Landarztes bei der Diphtherie. (The clinical experience of a country practitioner with diphtheria.)** *Annals Gynaecology and Pediatrics. August 1892.*

R. berichtet über einige Erfahrungen, die er mit wohlbekannten Mitteln gemacht hat. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **A. Lombardo (Rom). Ueber locale Behandlung der Diphtherie. (Sulla cura locale della difterite.)** *Gazz. Med. di Roma. 1892. No. 19.*

L. empfiehlt warm die Höllensteinbehandlung, da das Mittel „die Toxine zu vernichten und ihre Production zu beschränken" im Stande sein soll.

TOTI.

94) **A. Vianna (Bahia-Brasilien). Die neue antiseptische Behandlung der Diphtherie mit Antipyrin. (Nouveau traitement antiseptique de la diphthérie par l'antipyrine.)** *Société de Biologie. 26. März 1892.*

Bacteriologische Untersuchungen haben V. zu folgenden Schlüssen geführt:

1) Das Antipyrin hat in einer Concentration von 2,5 auf 100 an die Fähigkeit, die Entwickelung des Diphtheriebacillus in der Bouillon und in der Gelatine zu verhindern und nach einem Contact von mehr als 48 Stunden in einer Concentration von 2,5 : 100 oder bei 5 : 100 nach einer Zeit von 24 Stunden die Bacillen zu tödten.

2) Impft man ein Meerschweinchen mit einer vollvirulenten Cultur, so stirbt das Thier um so später, je mehr Antipyrin man der Cultur zugesetzt hat. Ebenso konnte Verf. mit filtrirter Bouillon — 1 ccm subcutan — Meerschweinchen innerhalb 48 Stunden unter den für Diphtherie charakteristischen Erscheinungen tödten; setzte er dagegen der keimfreien Cultur Antipyrin in Dosen von 6—8 auf 100 zu und injicirte er diese, nachdem sie 24—48 Stunden bei 38° gestanden hatte, dann führte die Injection derselben Dosis den Tod erst nach 10, 12, 15, 18, 20 und 24 Tagen herbei.

Die Wirkung des Antipyrins findet also noch dem Toxin gegenüber statt.

Verf. erinnert am Schlusse seiner interessanten Arbeit daran, dass man das Antipyrin bis zur Dosis von 6 g pro die per os nehmen lassen kann, oder auch in subcutanen Injectionen von 0,5—1,0 ein- oder zweimal am Tage. Local kann man das Mittel in sehr erheblichen Dosen anwenden, sei es als Pulver auf die Pseudomembranen applicirt oder in wässeriger Lösung (bis 30 oder 40 auf 100) als Gurgelwasser oder zum Inhaliren.

Verf. bedauert, seinen Studien keine klinischen Erfahrungen zur Seite stellen zu können. MENDEL.

95) **F. H. Williams. Wasserstoffsuperoxyd bei Diphtheritis. (Peroxide of Hydrogen in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 8. Oct. 1892.*

W. kommt zu dem Schlusse, dass das Wasserstoffsuperoxyd die einzig nothwendige Eigenschaft besitzt, nämlich die Membran anzugreifen und auf diese Weise den Bacill zugänglich zu machen. Da das Mittel nur todte Stoffe angreift, wird das gesunde Gewebe nicht zerstört, wie dies beim Gebrauch mechanischer

Mittel zur Entfernung der Membran der Fall ist. Die sauren Wasserstoffsuperoxydlösungen sind ein wirksames keimtödtendes Mittel gegen den Diphtheriebacillus und nicht toxisch für Patienten. Die Spritze ist einfach construirt und billig, sie lässt sich gut reinigen und wird von den Lösungen, die Metall schnell anätzen, nicht angegriffen. Man kann mit derselben leicht alle Theile des Halses erreichen, die man ohne Spiegel sehen kann. W. fügt noch hinzu, dass jede Localbehandlung, um wirksam zu sein, frühzeitig applicirt werden muss und in häufigen Intervallen; die stärkeren Superoxydlösungen aber dürfen nur von dem Arzt selbst applicirt werden; Angehörige oder Wärter können sie nicht richtig anwenden. Während der ersten Paar Tage nimmt deshalb diese Therapie mehr die Zeit des Arztes in Anspruch als sonst irgend was, aber der Verlauf der Krankheit kürzt sich in passenden Fällen erheblich ab, d. h. in den Fällen, in denen man die Patienten früh zu sehen bekommt und wo man an die Membran heran kann. Hauptsache ist, die Sache energisch anzugreifen, ehe der Pat. durchgiftet ist und ihn so vor verlängertem Kranksein zu schützen. Gute Pflege und zweckmässige und ausreichende Ernährung dürfen natürlich nicht fehlen.

LEFFERTS.

96) **Manuel Rua y Martinez** (Madrid). **Der Luftröhrenschnitt bei Croup. (La traqueotomia en el tratamiento del crup.)** Doctordissertation. Madrid 1892.

Monographische Behandlung des Gegenstandes mit Bericht über eine eigene Operation. Für Laryngologen nichts Neues.

GONGORA.

97) **F. Egidi** (Rom). **Modificirte Intubationsinstrumente. — 60 Intubationen bei Croup. (Apparecchio da intubazione modificate — 60 intubazioni per croup.)** *Boll. dell'Orecchio etc. 1892. No. 1.*

E. braucht Tuben, die kürzer und breiter sind, als die O'Dwyer'schen, und einen hohlen Mandrin besitzen. Von 60 intubirten Kindern starb eines an Shock während der Einführung, ein anderes, im agonischen Stadium intubirt, nach einer Viertelstunde. Von den übrigen 58 heilten 11 = 19 pCt., starben 47 = 81 pCt. Den schlechten Erfolg stellt E. auf die Rechnung der bösartigen herrschenden Epidemie. Massei in Neapel hat nämlich 50 pCt. Heilungen erzielt.

TOTI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

98) **D. Demetriades** (Athen). **Tödtlicher Fall von Laryngitis acutissima zweifelhafter Natur bei einem Kinde.** *(Περίπτωσις ὀξυτάτης λαρυγγίτιδος φύσεως προβληματικῆς παρὰ παιδίῳ ἀποληξάσης εἰς θάνατον.) Γαληνός. 1893. No. 24 bis 25.*

Ein $2^1/_2$jähriger Knabe, dem wegen Hypertrophie in Folge häufiger Entzündungen früher die Mandeln geätzt worden waren, fängt eines Abends an zu husten, zeigt am folgenden Tage Dyspnoe, so dass Verf. herbeigerufen wird; derselbe findet aber nur den Rachen und die Mandeln etwas geröthet und ge-

schwollen, verordnet ein Brechmittel, eine Mixtur mit Belladonna und Aconit, und Senf auf Hals und Beine. Trotzdem nimmt die Atemnoth zu, die Eltern wollen die Tracheotomie nicht zugeben und der Kleine stirbt am 3. Tage seiner Krankheit. Keine Section. Angesichts alles dessen, was in der Literatur über Kehlkopfskrankheiten verzeichnet steht, glaubt Verf., dass es sich um einen schweren Fall von einfacher Laryngitis gehandelt hat. SENTINON.

99) **Henri Dauchez** (Paris). **Ueber die Prognosis und Behandlung der einfachen Sticklaryngitis bei jugendlichen Kindern. (Du prenostic et du traitement de la laryngite simple suffocante chez les jeunes enfants.)** *Rev. gén. de clin. et thérap. 1892. 30. mars. p. 201.*

In obigem Artikel beschreibt D. die Fälle, in denen die Dyspnoea, nachdem sie plötzlich mit dem spasmodischen Charakter der Laryngitis stridulosa hervorgetreten ist, in den anhaltenden und progressiven Typus übergeht. Man beobachtet diese Krankheit bei Kindern unter dem zweiten Jahre und gewöhnlich in Folge einer Erkältung. Es kann der Kehlkopf allein afficirt sein, oder es entwickelt sich zu gleicher Zeit eine Bronchitis oder selbst eine Broncho-pneumonie. Erst nach einem katarrhalischen, durch leichten, aber zunehmenden Husten und Dyspnoe bezeichneten Stadium bricht der Erstickungsanfall durchgehends am dritten Tage aus. Ein Exsudat im Rachen wird nicht beobachtet.

Trotz des drohenden Charakters der Dyspnoe muss man sich nicht beeilen, zur Tracheotomie zu schreiten, denn, ausser der Schwierigkeit und Gefährlichkeit jener Operation bei jungen Kindern (von der Intubation ist hier keine Rede!) ist noch das Moment in Betracht zu ziehen, dass in den meisten Fällen die Erstickungsgefahr viel einfacheren Mitteln (Anlegung eines Blutegels vorn am Halse, ableitenden Mitteln etc.) weicht. LUC.

100) **W. A. Dunn. Ein ausserordentlicher Fall von membranöser Laryngo-Tracheo-Bronchitis. (An extreme case of Membrano-Laryngo-Tracheo-Bronchitis.)** *The Clinique. 15. Dec. 1892.*

Bei der Section fand man die Membran 2 Zoll weit in die Bronchien hineinragend und auch in die kleineren Aeste hinein Fortsätze aussendend. D. hält den Croup für eine besondere, idiopathische Erkrankung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **D. Gerhardt** (Würzburg). **Ueber eine eigenartige Form von Kehlkopferkrankung im Anschluss an Masern.** *Virch. Archiv. 125. Bd. 1891.*

G. beschreibt eine eigenthümliche Form von secundärem Croup, die als Complication einer Masernpneumonie bei einem 13 Monate alten Kinde aufgetreten ist. Diphtheriebacillen konnten in dem fibrinösen Exsudat nicht, dagegen grosse Massen von kleinen Kokken nachgewiesen werden. SEIFERT.

102) **W. Mündler. Drei Fälle von Actinomykose des Kehlkopfs.** Aus der Heidelberger chirurgischen Klinik. *Beitr. z. klin. Chir. VIII. 1892.*

In den beiden ersten Fällen handelte es sich um eine Fortleitung von einem Zahn. In einem Falle zeigte sich laryngoskopisch eine starke Schwellung des

linken Aryknorpels, sowie des linken und rechten Taschenbandes; die Schwellung imponirte als Geschwulst, so dass bei dem hohen Alter des Pat. (57 Jahre) der Gedanke an Carcinom nahe lag, gegen welches allerdings die schnelle Entwickelung sprach. — In den beiden anderen Fällen war das Kehlkopfinnere normal und aussen fand sich auf dem Schildknorpel eine halbfaustgrosse Geschwulst.

A. ROSENBERG.

103) **R. de la Sota y Lastra** (Sevilla). **Die lepröse Laryngitis. (Laringitis leprosa.)** *Archivos internacionales de rinologia, laringologia y otológia. October-December 1892.*

Verf. giebt eine vollständige Monographie, die im Original gelesen werden muss, da sich die auf grosse Gelehrsamkeit und reiches klinisches Material gestützten Auseinandersetzungen aller die Lepra im Allgemeinen und deren Localisirungen im Kehlkopf im Besonderen betreffenden Fragen einer kurzen Wiedergabe entziehen.

GONGORA.

104) **A. Catterina** (Padua). **Typhöse Larynxstenose. Crico-Tracheotomie. Heilung. (Stenosi laringea tifica. Crico-tracheotomia. Guarigione.)** *Morgagni. 1892. No. 10.*

Ausführliche Beschreibung des Falles. Die Canüle konnte, wie gewöhnlich, nicht entfernt werden. Von Versuchen, die zurückgebliebene Stenose zu dilatiren, wird nur das angegeben, dass Electricität und Intubation versagten. TOTI.

105) **J. Massei** (Neapel). **Ein Fall von Stenosis hypoglottica. (Un caso di stenosi ipoglottica.)** *Arch. ital. di Laringologia. 1892. No. 2.*

Nach einer schweren (hypoglottischen?) Laryngitis hatte sich bei der 28jährigen Patientin 2—3 mm unter den Stimmbändern ein membranöses Septum allmählich gebildet, das einen schweren dyspnoischen Zustand verursachte. Das Septum wurde nach vorn mit gedecktem Messer eingeschnitten, und zog sich sofort nach beiden Seiten zusammen. Nach 24 Stunden war bloss eine kleine Falte links unter dem Stimmbandwinkel zu sehen, welche mittels Catheterismus und Tubage bald zum Schwinden gebracht werden konnte. TOTI.

106) **P. Tissier** (Paris). **Die Behandlung gewisser Formen von chronischer (nicht tuberculöser) Laryngitis mit localer Application von Naphthol-Campher in Verbindung mit der Auskratzung oder dem Curettement oder ohne diese. (Du traitement de certaines formes de laryngite chronique [non tuberculeuse] par l'emploi local du naphthol comphoré associé ou non au grattage ou au curettage.)** *Annales de Médecine. 17. Februar 1892.*

Der Verf. hat früher bereits in den Annales des maladies de l'oreille et du larynx eine recht vollständige Studie über die chronische Laryngitis veröffentlicht. Bei den Formen dieser Erkrankung, in denen der Process besonders im Epithel sich abspielt, wo die tieferen Schleimhautschichten wenig betheiligt sind und wo nicht deutlich papilläre Gebilde sich entwickeln, hat der Naphtholcampher in Substanz dem Verf. sehr bedeutsame und sehr rasche Dienste geleistet.

Sind die Veränderungen tiefergreifende, bieten die Stimmbänder, vor allem

gegen ihr hinteres Ende zu, merkliche Verdickungen dar, wenn auch in diffuser Weise, dann räth der Verf. zuerst, Anästhetisirung des Larynx, und Auskratzung der erkrankten Partien mittelst einer Kehlkopfcurette vorzunehmen; danach tritt dieselbe Behandlung ein. MENDEL.

107) **Massei und Damieno** (Neapel). **Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der Pachydermia laryngis. (Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della pachidermia laringea.)** *Arch. ital. di Laringologia. 1892. No. 3.*

Klinischer Theil von M., histologische Untersuchung von D. — Die Einstäubung 2 %iger Milchsäure, welche M. bei allen Infiltrationen gute Dienste leistet, hatte fast keinen Erfolg. Nach einigen Monaten Abtragung des kranken Gewebes mit einer von vorn nach hinten schneidenden Zange. Wiederherstellung einer normalen Stimme. Kein Recidiv. — Histologisch stimmte der Fall mit den Befunden von Virchow, Fränkel, Sommerbrodt und Chiari ganz überein. Gute Abbildung und Bibliographie. TOTI.

108) **A. Kuttner** (Berlin). **Weitere Beiträge zur Frage der Pachydermia laryngis.** *Virch. Arch. 130. 1892.*

K. fand an dem Kehlkopf eines an Typhus verstorbenen Mannes in dem Centrum des schalenförmigen Wulstes (Pachydermie) eine Ulceration, die sich in Form eines Fistelganges bis zum Proc. vocalis fortsetzte. An einem zweiten Kehlkopf, der einem an Tuberculose zu Grunde gegangenen Manne entstammte (welcher auch Zeichen alter Lues aufwies), fand sich Pachydermie; am linken Proc. voc. eine Wulst mit einer Delle, die eine Narbe trägt. Es kann also, wenn auch selten, mit einer diffusen Pachydermie ein Ulcerationsprocess in ihrer Mitte zusammentreffen; damit ist aber auch keineswegs ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältniss der beiden Processe nachgewiesen.

Bezüglich der Dellenbildung lässt K. die Virchow'sche und B. Fränkel-sche Ansicht zu Recht bestehen. Die atypischen Epithelwucherungen hält er nach wie vor für keineswegs characteristisch für Carcinome. A. ROSENBERG.

109) **Gouguenheim** (Paris). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Traitement de la tuberculose du larynx.)** *Revue gen. de clin. et therap. 10. Februar 1892.*

Ein Resumé über die verschiedenen Behandlungsmethoden zur Heilung oder zur bloss palliativen Behandlung der Kehlkopftuberculose. Der Verf. hat dieselben bereits in seiner mit Tissier gemeinsam verfassten Arbeit aufgezählt.

LUC.

110) **F. Roux** (Paris). **Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis im Jahre 1892. (Le traitement de la laryngite tuberculeuse en 1892.)** *Revue gén de clin. et thérap. 17. Februar 1892.*

R. hat die Herren Fauvel, Coupard und Lubet-Barbon über ihre Behandlungsweise bei der Kehlkopftuberculose interviewt. Das Ergebniss dieser dreifachen Consultation giebt er unter dem Titel: „Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis im Jahre 1892.“ — Sonst nichts Neues. LUC.

111) A. Fasano (Neapel). **Beitrag zur Symbiose der Lues und Tuberculosis laryngis. (Contributo alla simbiosi della sifilide e tubercolosi laringea.)** *Arch. int. delle spec. med.-chirurgiche. 1892. 12.*

Als Schluss seiner Betrachtungen stellt F. folgende Hypothese auf: „es treffen sich, bei den Fällen von Symbiose der Larynxlues und -tuberculose, die Syphilis- und Tuberkelbacillen in einem gemeinsamen Nährboden: bei dieser biologischen Concurrenz gewinnt schliesslich der Tuberkelbacillus die Oberhand. Diese Hypothese kann experimentell nicht controllirt werden, bis der Syphilisbacillus besser gekannt ist.“ TOTI.

112) Leredde (Paris). **Lupus des Kehlkopfs; histologische Untersuchung; Riesenzellen entstanden durch Degeneration der Drüsenalveolen. (Lupus du larynx. Examen histologique. Cellules géantes fournies par dégénéroscence des alvéoles glandulaires.)** *Société anatomique de Paris. April 1892.*

Eine interessante Beobachtung an einem Lupus der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfs. Die ganze Partie oberhalb der wahren Stimmbänder war von Vegetationen besetzt, die wenig erhaben und ziemlich klein, aber so aufeinandergehäuft waren, dass sie die Kehlkopfhöhle verengten; keine Ulceration; die Epiglottis ausserordentlich stark geschwollen. Die histologische Untersuchung eines Stücks von diesem lupösen Gewebe ergab folgendes Resultat:

Die oberflächliche Epitheldecke besteht aus normalen Zellen, zeigt aber ausserdem in grosser Menge embryonale Zellen, die intercelluläre Fortsätze zwischen die Epithelzellen ausstrecken. An der Oberfläche zeigen sich Hervorragungen, deren pathologisches Gewebe ganz aus den embryonalen Zellen besteht und die von Zeit zu Zeit eine Riesenzelle in kleineren Dimensionen aufweisen.

Die grösste Zahl der Drüsenläppchen ist fast gesund, einzelne aber sind nahezu zerstört und sind nur noch durch das sie umgrenzende Bindegewebe und durch die stellenweise erhaltenen Alveolen erkennbar; der Rest besteht aus dem embryonalen Gewebe mit eingeschlossenen Riesenzellen. MENDEL.

113) Sabrazès und Trèche. **Zur pathologischen Anatomie der Knötchen der Sänger. (Sur l'anatomie pathologique des nodules des chanteurs.)** *Archives cliniques de Bordeaux. No. 8. August 1892.*

Eine pathologisch-anatomische Untersuchung (illustrirt durch Abbildungen und Krankengeschichten) über die Knötchen, die eine so gewöhnliche Complication der chronischen Laryngitis bei Sängern und Predigern bilden und die bis zu ihrer Entfernung einen leicht paretischen Zustand unterhalten.

E. J. MOURE.

114) Nihill. **Subglottische Kehlkopftumoren. (Subglottic laryngeal growths.)** *Austral. Med. Journal. XIV. 157.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

115) P. Masucci (Neapel). **Beitrag zur Casuistik der subglottischen Geschwülste. (Contributo alla casistica dei tumori sottoglottici.)** Schlussvorlesung. *Rassegna crit. internaz. Sept. 1892.*

Beschreibung zweier Fälle aus der Klinik und eines aus der Privatpraxis.

Letzterer bietet folgende Besonderheiten dar: 10 Monate, nachdem die 25jährige Pat. von ihren dem 1. und 2. Trachealring entsprechenden Papillomen befreit worden, und ganz ohne Beschwerden geblieben war, traten von neuem Erscheinungen von Trachealstenose auf. Massei, der diesmal die Behandlung übernahm, diagnosticirte eine durch ein membranöses Septum hervorgerufene Trachealstenose, und heilte die Pat. durch eine zweite intralaryngeale Operation. TOTI.

116) A. D'Ambrosio (Neapel). **Umfangreiches Fibrom des Larynx. (Voluminoso fibroma della laringe.)** *Giorn. int. delle Sc. Mediche. 1892. H. 7.*

Die Geschwulst hatte die Grösse einer kleinen Pomeranze, und nahm zum grössten Theil den subglottischen Raum ein; sie stieg über das Niveau der Rima glottidis empor. Das linke Stimmband war durch die Geschwulstentwickelung verschwunden, das rechte stark nach aussen gedrängt und unbeweglich; die Rima auf ein Minimum reducirt. — Präventive Tracheotomie. Pharyngotomia subhyoidea. Gleich nach Durchschneidung der Membrana thyrohyoidea zeigte sich die von einer fibrösen Membran umgebene Geschwulst. Theils mit dem Spatel, theils mit dem Finger war es möglich, dieselbe vollständig aus dem submusösen Larynxgewebe auszuschälen, ohne irgendwelche Schleimhautverletzung! Nach wenigen Tagen wurde die Canüle entfernt. Das laryngoskopische Bild war wieder normal geworden, und die Stimmbänder — auch das früher verschwundene linke — ganz frei. Die Geschwulst wurde histologisch untersucht, und als umschriebenes, eingekapseltes Fibroma tuberosum erkannt. TOTI.

117) Roquer y Casadesús (Barcelona). **Multiple Papillome bei einem 10jährigen Knaben Larynxstenose. Operation ohne vorläufigen Luftröhrenschnitt. (Papiloma multiple en un ninno de 10 annos. Estenosis laringea. Operacion sin traqueotomia previa.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1892. Juli.*

Papillom auf jedem Taschenband und ein drittes unterhalb des linken im Niveau der vordern Commissur. Evulsion auf natürlichem Wege mittels der Mackenzie'schen Zange. Die Athembeschwerden hörten zugleich auf, aber die Stimme bedurfte noch einer Nachbehandlung mit Zinkchlorür. GONGORA.

118) London. **Thyrotomie wegen Papilloms im Kehlkopf. (Thyrotomy for papilloma of the larynx.)** *Australian Med. Gaz. August 1892.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

119) Roquer y Casadesús (Barcelona). **Bösartige (?sarcomatöse) rasch zunehmende Rachen-Kehlkopfgeschwulst. (Tumor maligno [sarcoma?] faringo-laringeo de marcha rápida.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1892. Januar.*

Ein 55jähriger Mann klagt über starke Schlingbeschwerden, die vor zwei Monaten angefangen haben sollen. Der Spiegel zeigt nur rechtsseitiges Epiglottisödem, das sich über die Plicae aryepiglotticae und glossoepiglotticae auf die Seitenwand des Rachens bis unter die rechte Mandel erstreckt. Heftige, zum Ohr ausstrahlende Schmerzen. Cervicalganglien geschwollen, hart und schmerzlos.

Bei der Betastung mit dem Finger fühlte man eine harte, lappige Geschwulst, die von der Seitenwand des Rachens unterhalb der Tonsille her, sich bis zur rechten Plica ary-epiglottica fortsetzte. Das Kehlkopfinnere war noch frei. Nach anderthalb Monaten ging die Geschwulst in Gangrän über, die allmälig den ganzen Kehlkopf zerstörte und dem Leben des Kranken ein Ende machte.

GONGORA.

120) **A. O. Silcock** (London). **Bösartige Geschwulst, welche das Auge, die Schädelbasis, das Gehirn etc. afficirt. (Malignant growth affecting eyeball, base of skull, brain etc.)** *Brit. Med. Journ. Mai 21. 1892.*

In der Sitzung der Pathological Society of London, am 17. Mai 1892, zeigte Silcock den Kehlkopf eines Knaben, welcher zuerst im Jahre 1880 Zeichen einer anscheinend oberhalb der linken Augenbraue beginnenden Neubildung dargeboten hatte. Zehn Jahre später zeigte sich bei der Autopsie die Orbita, die Nase, der Rachen und die Schädelhöhle in ausgedehntem Umfange ergriffen. Histologisch war die Geschwulst vom Character des Epithelioms, und hatte nach Ansicht des Vortragenden von einer der Nebenhöhlen der Nase ihren Ursprung genommen. Ein beträchtlicher Theil der Neubildung war ossificirt. SEMON.

121) **Roquer y Casadesús** (Barcelona). **Zur Therapie des Kehlkopfkrebses. (Sobre el tratamiento del cancer laringeo.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1892. Februar.*

Verf. erklärt, dass er in Anbetracht seiner Erfahrung und der zahlreichen veröffentlichten Fälle an der von ihm auf dem 1889er Pariser Laryngologencongresse ausgesprochenen Ansicht festhält, dass bei einer so recidivirenden tödtlichen Krankheit wie der Krebs, jeder Eingriff im Kehlkopf als unnütz unterbleiben soll. (Gegen eine so schlechthin verdammende Ansicht muss im Interesse der Kranken ernstlicher Einspruch erhoben werden. Red.) GONGORA.

122) **Austey Giles. Partielle Laryngectomie. (Partial laryngectomy.)** *Austral. Med. Gaz. Februar 1892.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE JOHNSTON.

123) **G. W. Crile. Bericht über einen Fall von Kehlkopfkrebs. — Laryngectomie. — Heilung der Operationswunde. — Tod infolge von Recidiv nach 2½ Monat. (Report of a case of cancer of the larynx. — Laryngectomy. — Recovery from the operation. — Death from recurrence in 2½ months.)**

124) **A. B. Baker. Ergänzungsbericht zu Dr. Crile's Fall von Laryngectomie. (A supplemental report of Dr. Crile's case of laryngectomy.)** *Cleveland Med. Gazette. December 1892.*

Der erste Artikel enthält vornehmlich eine Beschreibung der Operation, wobei die Vortheile der vorangängigen Tracheotomie ins rechte Licht gesetzt werden und die Anwendung einer Canüle zur Darreichung der Anästhetica empfohlen wird. Der zweite Artikel giebt die Krankengeschichte des Falles bis zur Operation. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **E. Orecchia** (Massa-Carrara). **Totalexstirpation des Larynx wegen Epitheliom. (Estirpazione totale della laringe per epitelioma.)** *Riforma medica. 31. August 1892.*

Sehr glücklich verlaufener Fall. Operation am hängenden Kopf, ohne Trendelenburg'sche Canüle, und ohne vorherige Tracheotomie. — Um die Berechtigung zur Operation bei Larynxkrebs zu beweisen, führt O. ausser anderen die zwei Fälle von Bottini und Caselli an, die bekanntlich wegen Sarcom operirt wurden, und nur in die Statistik der Larynxexstirpation als solche aufzunehmen sind. O.'s Fall war zur Zeit der Veröffentlichung 14 Monate nach der Operation und zeigte keine Zeichen eines Recidivs. TOTI.

126) **Luc. Barajas. Ueber Revulsio extralaryngea. (De la revulsión extralaringea.)** *Archivos internacionales de rino-laringo-otologia. Nov. 1892.*

Verf. spricht sich energisch gegen alle extralaryngealen Ableitungsversuche aus, da er in zwei Fällen die unheilvolle Wirkung derselben zu beobachten Gelegenheit gehabt hat. Beide würden mit dem Tode geendet haben, wenn nicht noch in dem einen der Luftröhrenschnitt und in dem anderen die Entfernung eines Polypen die durch die unselige Anwendung der Ableitungsmittel herbeigeführten Complicationen zu beseitigen vermocht hätten. GONGORA.

127) **Weil** (Stuttgart). **Ueber Laryngoscopia und Tracheoscopia inferior.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 12. 1892.*

Die Untersuchung des unteren Kehlkopfraumes von der Trachealöffnung aus ist unter Umständen sehr wichtig und entscheidend; namentlich ist sie nöthig bei Fremdkörpern und erschwertem Decanulement. Die Methode leistete Weil gute Dienste in einem Falle von Kehlkopfpapillomen, die auch unterhalb der Stimmbänder sassen, und von der Canülenöffnung aus entfernt wurden. Gleichzeitig bestanden Granulationswucherungen in der Trachea. Die Fistel in der Luftröhre wurde operativ geschlossen. SCHECH.

128) **Ziem** (Danzig). **Ueber Palpation des oberen und unteren Rachenraums sowie der Kehlkopfhöhle.** *Therap. Monatsh. 1892. Heft 8.*

Unerlässlich ist die post-rhinoscopische Untersuchung nur zur Diagnose der Verschwärungen oder blutenden Ulcerationen des Nasenrachens; die Palpation reicht für die Ueberzahl aller Krankheitsfälle aus und ist daher an erster Stelle vorzunehmen. Man kann sie leicht ausführen, wenn man das Gaumensegel auf bekanntem Wege in Ruhestellung bringt, und dann schnell ohne Gewalt mit dem gleichsam auf der Lauer liegenden Zeigefinger in den Nasenrachen eindringt. Die Palpation stellt die Consistenz und den Ursprung von Geschwülsten oft besser und schneller fest als die Spiegeluntersuchung und gestattet bei gewissen Personen die Abtastung der Lamina int. des Proc. pterygoid. des Keilbeins sammt Hamulus pterygoid. und M. pteryg. int. u. a. m.

Die Palpation der unteren Rachenhöhle nimmt man bei herausgestreckter im Munde liegender Zunge vor; man kann sich den Kehlkopf von aussen ent-

gegendrücken. Practisch kommt sie in Betracht bei Larynxödem, Tumoren und Fremdkörpern. A. ROSENBERG.

129) **Ficano** (Palermo). **Zungenherauszieher zu laryngoskopischen Zwecken. (Tiralingua per la laringoscopia.)** *Gazz. degli Ospitali. 28. Mai 1892.*

Das Instrument soll die Zunge ohne Hülfe der Hand fortwährend herausgestreckt halten. Es nimmt seine Stütze an einem unter dem Kinne befindlichen Polster, das durch zwei auf dem Kopfe zu fixirende Bänder festgehalten wird. (Ref. möchte fragen: wie geht's mit dem Offenhalten des Mundes?) TOTI.

130) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Instrumente zur Abtragung von Neubildungen im Kehlkopf des Kindes nach der Intubations-Methode mittelst der gefensterten Tube. (Instruments pour l'ablation des neoplasmes laryngiens de l'enfant par la methode de l'intubation avec tube fenêtré.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. Bd. XVIII. No. 11. November 1892.*

Ein neues Instrument, das eine seitlich offene Intubationsröhre darstellt. Man kann mit derselben kleine Tumoren entfernen, während das Kind durch die Tube weiter athmet. E. J. MOURE.

131) **Marcel** und **Zigura** (Bucarest). **Gestieltes Fibrom in der Luftröhre. Doppelte Pneumonie durch Stauung und Vereiterung des Bronchialsecrets. Abtragung auf aussertrachealem Wege. Heilung. (Fibrom pediculat al tracheei. Pneumonie dubla prin stagnatiunea si transformarea purulenta a secretiunilor bronchice. Ablatiune pecale extra-tracheeala. Vindecare.)** *Spitalul. 1892. Seite 612—615.*

Der Kranke war ein 33jähriger Conditor. Die Geschwulst wurde von Prof. Babes untersucht und für ein typisches Fibrom erklärt; sie war stark haselnussgross. SENTINON.

132) **Aron** (Berlin). **Ueber einen Versuch, die Spannung der Luft in der Trachea des lebenden Menschen zu messen.** *Virch. Arch. 128. 1892.*

Die Versuche sind an tracheotomirten Pat. gemacht und ergaben, dass die Inspirationscurve plötzlich in die Exspirationscurve übergeht, während der Uebergang dieser in die der Inspiration allmälig geschieht; und zwar zeigt die erstere einen mehr horizontalen resp. bereits etwas absteigenden und einen steileren Theil; die Exspiration geschieht schneller und continuirlich und zeigt eine steil aufsteigende ununterbrochene Curve. Hustenstösse erhöhen natürlich den intratrachealen Druck; er beträgt dabei während der Inspiration (I) — 6 mm Hg, bei der Exspiration (E) + 46,13 mm. — Beim Zählen I = — 2,2, resp. — 6,0, — 6,0, — 2,0, — 5,6; E = + 6,1, + 6,0, + 7, + 7,2, + 8 mm Hg.

Beim ruhigen Athmen war die Mittelweite bei I = — 3,49, E = + 3,17; und zwar ist das nur der Seitendruck der Gasspannung innerhalb der Trachea, nicht der intratracheale Druck selbst der wohl noch höher ist. — Die Druckschwankungen sind bei I grösser. A. ROSENBERG.

133) **E. Aron** (Berlin). **Ueber die Einwirkung verdichteter und verdünnter Luft auf den intratrachealen Druck beim Menschen.** *Virch. Arch. 130. 1892.*

A. benutzte zu seinen Versuchen 2 tracheotomirte Patienten; er konnte bei der Anwendung verdichteter Luft in den verschiedenen Versuchsreihen eine Gesetzmässigkeit ihrer Einwirkung auf die Athmung nicht herausfinden, während eine Einwirkung aber thatsächlich statthat. Es scheint die Inspiration bei der Luftverdichtung sich erheblich zu vertiefen; hat die Compression einige Zeit dauernd eingewirkt, so wird sie wieder oberflächlicher; beim Nachlassen der Luftverdichtung vertieft sie sich wieder, um beim Uebergang in die gewöhnliche Atmosphäre wieder niedriger zu werden, oder aber sie wird gleich eine continuirlich oberflächlichere. — Die Exspiration scheint mit dem Grade der Compression eine kräftigere und mit dem Nachlass des Drucks wieder eine oberflächlichere zu werden.

Bei Anwendung verdünnter Luft war im Anfang der Druck bei der Inspiration 7,06 gegen 5,33, während bei der Exspiration keine Aenderung eintrat, bei weiterer Verdünnung sank der Inspirationsdruck erheblich, und auch der Exspirationsdruck wurde kleiner. A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

134) **G. F. Lydston. Acute Schilddrüsenentzündung mit Abscess. (Acute thyroiditis with abscess.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. Mai 1892.*

Der von L. mitgetheilte Fall betrifft einen Phthisiker. Der Abscess wurde zuerst aspirirt und dann mittelst einer kleinen Incision eröffnet. Eine ausgiebige Incision muss in diesen Fällen vermieden werden, weil die Schilddrüse so ausserordentlich reich an Gefässen ist, dass leicht eine stärkere Blutung eintritt. Auch ist ein grösserer Schnitt deshalb unnöthig, weil die Drüse nach der Entleerung des Eiters sehr schnell schrumpft. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **Alexandre Basso. Die acuten Schilddrüsenentzündungen. (Les thyroides aigues.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Die acute Entzündung der gesunden Schilddrüse ist relativ selten; sie muss als eine besondere Localisation einer allgemeinen Infection aufgefasst werden. Man findet sie besonders bei Erwachsenen und zwar am häufigsten bei Frauen. Sie wird begleitet in der grossen Mehrzahl der Fälle und von Anfang an von schweren Allgemeinerscheinungen. Der Kranke klangt über irradiirende Schmerzen an der Stelle der Entzündung und man constatirt eine Schwellung, die zuerst localisirt ist, die ganze Drüse oder nur einen Lappen umfassend, die sich dann aber auf die ganze vordere untere Partie des Halses ausdehnt. Die Venen dieser Gegend sind erweitert, die Oberfläche geröthet und das ganze Symptomenbild ist beherrscht von den Erscheinungen der Compression der Gefässe (Cyanose, Kopfschmerz, Schwindel, Nasenbluten) des Schluckapparates und der Athmungs-

organe; diese Erscheinungen können manchmal einen sofortigen Eingriff verlangen.

Die Phlegmone kann durch Resolution heilen, aber meist endigt sie mit Durchbruch des Eiters an der Seite des Halses, ins Mediastinum, in die Trachea oder den Oesophagus; bisweilen auch tritt Gangrän ein.

Der Tod kann verursacht werden durch Asphyxie infolge des Druckes, durch Eröffnung des Abscesses in die Trachea, durch Eitererguss ins Mediastinum, durch Pyämie oder Septicämie. Die Behandlung muss bestehen in: feuchtem antiseptischem Verbande anfangs, Eröffnung des Abscesses, wenn nöthig, Exstirpation der Abscesswand, sobald die Eiterung manifest ist. E. J. MOURE.

136) **Catterina** (Padua). **Zur Behandlung des Kropfes und Beitrag zur Casuistik. (Sulla cura del gozzo e contributo alla casuistica.)** *Riv. ven. di Sc. Mediche. 1892. H. XI.*

Ausführliche Beschreibung der verschiedenen Behandlungs- und Operationsmethoden, nebst Mittheilung eines selbst operirten, glücklich verlaufenen Falles.

TOTI.

137) **G. Balsamo** (Neapel). **Vollständige Exstirpation einer sarcomatösen Schilddrüse. (Tiroidectomia totale per gozzo sarcomatoso.)** *Riforma Medica. 8. Jan. 1892.*

Glückliche Entfernung einer sarcomatös entarteten, 500 g wiegenden Schilddrüse bei einem 36jährigen Bauer. Es wurde während der Operation der untere linke Facialisast verletzt, und es blieben die natürlichen Lähmungserscheinungen in Folge dieser Verletzung zurück. Es ist aber nicht verständlich, wie Verf. dieser Läsion auch die zurückgebliebene Deviation des Zäpfchens nach rechts und die Parese des Velums zuschreiben kann. — Verf. lässt ausserdem unentschieden, ob der nach der Operation auch zurückgebliebene und bellende Stimmton der Gaumensegelparese oder einer stattgehabten Recurrensverletzung zuzuschreiben sei. Diesen Zweifel hätte das Laryngoscop leicht lösen können.

TOTI.

138) **Sir Dyce Duckworth** (London). **Fortsetzung des Berichts über einen Fall von Myxoedem. (Sequel to a case of myxoedema.)** *British Medical Journal. April 30. 1892.*

Vortrag vor der Clinical Society am 22. April 1892. Nichts von speciell laryngologischem Interesse. Es ist hier der Platz zu der Bemerkung, dass seit geraumer Zeit eine grosse Anzahl älterer Fälle von Myxödem in der englischen Literatur wieder auftauchen, die mit innerlicher Darreichung oder hypodermatischer Injection von Schilddrüsensaft behandelt werden und unter dieser Behandlung höchst auffallende Verbesserung, in einzelnen Fällen anscheinend vollkommene Heilung zeigen. Der Verlauf in allen diesen Fällen unter dieser Behandlung ist so durchweg gleichmässig, dass es keiner besonderen Berücksichtigung für jeden einzelnen Fall bedarf. SEMON.

139) **Robin. Congenitales Myxoedem behandelt mittelst Einspritzungen von Schilddrüsensaft und Ueberpflanzung von Schilddrüsensubstanz. (Myxoedème congénital traité par les injections de suc thyroidien et la greffe de corps thyroide.)** *Lyon médical. October 1892.*

Der Fall betrifft ein 7jähriges Kind mit congenitalem Myxödem, das R. mit Subcutaninjectionen von Schilddrüsensaft behandelt hat. Der Zustand des Kindes besserte sich sehr schnell; das Kind läuft, antwortet auf Fragen, die man an dasselbe richtet, mit Zeichen, seine Stimme ist weniger rauh; sein Wuchs nimmt zu, es kann sich aufrecht halten. Nach 4monatlicher Injectionskur versucht man die Ueberpflanzung einer Schilddrüse vom Kalb und nach 8 Tagen kann man in der Regio thyreoidea das Vorhandensein eines festen Körpers constatiren.

E. J. MOURE.

140) **Hector Mackenzie** (London). **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Lancet. 29. October 1892.*

Ein Brief an den Herausgeber in Verfolg der Arbeit, in der M. seine Behandlungsmethode — Verfütterung von Schilddrüsen — ausführlicher beschrieben hat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

141) **Bouchard. Reflexionen über zwei Fälle von Myxoedem, die mit Injectionen von Schilddrüsensaft behandelt worden sind. (Réflexions sur deux cas de myxoedème traités par des injections de suc thyroidien.)** *Assoc. française pour l'avanc. des sciences Pau 1892. 19. September.*

Verf. hat 2 Kranken den Schilddrüsensaft injicirt; beide wurden sehr schnell besser; doch bekamen die Patienten Kopfschmerzen, sowie Schmerzen in den Gliedern und in der Brust, die, bei wiederholtem Auftreten, zum Aussetzen der Injectionen führen mussten.

E. J. MOURE.

142) **Hingston Fox** (London). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *British Med. Journal. Dec. 10. 1892.*

Demonstration zweier Patienten mit typischen Symptomen von Myxödem vor der Hunterian Society am 23. November 1892. Die eine der Kranken sollte mit Darreichung von frischem Schafschilddrüsensaft per os behandelt werden, die andere mit einem gepulvertem Extract, der aus der Drüse dargestellt wird.

SEMON.

143) **Hurry Fenwick** (London). **Die Wirkungen frisch ausgepressten Schilddrüsensafts bei Myxoedem. (The effects of fresh thyroid juice in myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. Oct. 22. 1892.*

Demonstration zweier Patienten, die mittelst der im Titel angegebenen Weise behandelt worden waren und bei denen bedeutende Besserung eingetreten war, am 18. October 1892 vor der Pathological Society of London.

Die verschiedenen Theorien, durch welche diese Besserung erklärt wurde, müssen im Original nachgelesen werden.

SEMON.

g. Oesophagus.

144) **J. Wyslauch** (Kronstadt). **Zur Diagnose des blutigen Erbrechens. (K rasposnowoniju pripadotschnawo snatschenia krowawoi rwoti.)** *Wratsch. 1892. No. 16.*

Bei der tuberculösen Patientin stammte die Blutung nicht, wie es anfangs zu vermuthen war, aus den kranken Lungen, sondern, wie die Section ergab, aus einer varicös erweiterten Vene des Oesophagus, die in Folge von Stauung in der Portalvene wegen Lebercirrhose sich erweitert hatte. LUNIN.

145) **Ewald** (Berlin). **Tödtliche Blutung aus den Oesophagusvenen bei Lebercirrhose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 23.*

Ein 50jähriger Patient mit vorgeschrittener Lebercirrhose bekam im Anschluss an die Punction des Ascites eine tödtliche Blutung aus erweiterten und varicös entarteten Venen des Oesophagus. LANDGRAF.

146) **L. Bordoni** (Siena). **Ein Fall von Diverticulum des unteren Oesophagustheils. (Un caso di diverticolo esofageo inferiore.)** *Riforma medica. 6. Febr. 1892.*

Als Ursache der Erweiterung wurde eine durch sarcomatöse Entartung der mediastinalen Lymphdrüsen hervorgerufene Oesophagusstenose diagnosticirt. (Nur klinische Diagnose!) TOTI.

147) **Labus** (Mailand). **Sytiophore Sonde. (Sonda sitiofora.)** *Gazz. degli Osp. 12. Mai 1892.*

Eine sehr sinnreiche Combination der Explorations- und Ernährungssonde. Diese ist für die Fälle von Oesophagusgeschwulst in Anwendung zu ziehen, in denen die gewöhnlichen Ernährungssonden wegen der Verengerung und Verlagerung des Oesophaguslumens nicht zum Ziele führen. Ihr Magenende wird von einem conischen, 6 cm langen, an der Basis $4^1/_2$, an der Spitze 2 mm dicken, alle Formen leicht annehmenden und erhaltenden Bleistück gebildet, welches am Ende eines 75 cm langen, 1 mm dicken Silberfadens befestigt ist. Das andere Ende des Silberfadens wird in eine gewöhnliche elastische, unten breit offene Oesophagussonde eingeführt und mittelst eines einfachen Schraubmechanismus fixirt. Hat die elastische Sonde ausser der terminalen, auch laterale Oeffnungen, so braucht man die Bleispitze nicht auszuschrauben, um die Nährflüssigkeit jenseits der verengerten Stelle zu treiben. TOTI.

148) **Dufour** (Paris). **Latenter primärer Speiseröhrenkrebs; secundäre Ausbreitung auf Pleura und Leber. (Cancer latent primitif de l'oesophage; propagation secondaire à la plèvre et au foie.)** Société anatomique de Paris. *März 1892.*

Es handelt sich hier um einen primären Oesophaguskrebs, der sich in keiner Weise durch Dysphagie bemerkbar gemacht hat. Man hatte an eine pneu-

monische Erkrankung mit Betheiligung der Pleura denken müssen und die Entdeckung des Oesophaguscarcinoms bei der Autopsie war eine völlige Ueberraschung.

MENDEL.

149) **Gouget. Carcinomatöse Speiseröhrenverengerung. (Retrécissement cancéreux de l'oesophage.)** Société anatomique. *Bulletin médical. 1892. No. 98. p. 1495.*

G. demonstrirt den Oesophagus eines 32jährigen Mannes, der wegen Dysphagie das Hospital aufgesucht hatte. Man findet die Erscheinungen der Strictur am unteren Ende dieses Oesophagus; die Natur dieser Verengerung konnte G. nicht bestimmen und er befragt darüber die Gesellschaft.

Cornil spricht sich für die carcinomatöse Natur dieser Strictur aus, denn die peri-ösophagealen Drüsen sind dem Oesophagusrohr adhärent, sie sind hypertrophisch, auf dem Schnitt weisslich gefärbt und beim Abstreichen der Schnitfläche erhält man einen ziemlich reichlichen, milchigen Saft. Die Schleimhaut des Oesophagus ist sehr verdickt und giebt ebenfalls beim Abstreichen den milchigen Saft; schliesslich existirt dicht vor dem Magen eine ulcerirte Stelle in der Schleimhaut.

E. J. MOURE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **J. Gottstein** (Breslau). **Die Krankheiten des Kehlkopfs etc.** Mit 55 Abbildungen. Vierte verbesserte und sehr vermehrte Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1893.

Die Voraussage, mit der wir vor drei Jahren die Besprechung der dritten Auflage des Gottstein'schen Lehrbuchs abschlossen (Centralblatt VI, S. 544): dass dieses Werk ohne Zweifel noch viele Auflagen erleben werde, bewahrheitet sich. Zum vierten Male innerhalb 10 Jahren liegt eine neue Auflage vor uns, und all' das Lob, das wir aus gutem Gewissen den vorhergehenden Auflagen spenden konnten, findet — wenn möglich in noch reicherem Maasse — auf die neue Auflage Anwendung. Der Verfasser hat nicht auf seinen Lorbeeren geruht: unermüdlich ist er den Fortschritten der Wissenschaft gefolgt, überall, wo dies ihm wünschenswerth schien, hat er die Rathschläge seiner Kritiker befolgt und die bessernde Hand angelegt. Das Ergebniss ist, dass wir kein zweites Lehrbuch unseres Faches kennen, das neben der reichen eigenen Erfahrung seines Autors so getreu und vollständig den gegenwärtigen Standpunkt unseres Wissens wiederspiegelt, als das Gottstein'sche. Neu hinzugekommen sind die Capitel über Sclerom und Influenza, während der Pachydermia diffusa ein eigenes Capitel gewidmet ist. Auch in der Beigabe eines Autorenregisters und eines äusserst über-

sichtlich angeordneten Literaturverzeichnisses sehen wir eine sehr dankenswerthe Bereicherung des Werkes. Auf kleinere Einzelheiten einzugehen, wo man sich in allen wesentlichen Punkten so vollständig mit dem Verfasser einer Meinung weiss, scheint überflüssig; nur möchten wir unserer Freude darüber Ausdruck verleihen, dass Gottstein die skeptische Haltung, die er bisher der Frage von dem Vorhandensein eines besonderen Rindencentrums für die Phonation beim Menschen gegenüber eingenommen hat, in dieser neuesten Auflage mit einer volleren Würdigung der modernen experimentellen Ergebnisse in dieser Frage vertauscht hat. Dass er sich trotzdem noch immer einer grossen Reserve in dieser Frage befleissigt, ist gewiss durchaus berechtigt, zumal angesichts der hinsichtlich ihrer gegenwärtig noch herrschenden Differenzen. Auch wir stehen vollständig auf dem von dem Verfasser, Meynert und Wernicke eingenommenen Standpunkt, dass, wenn die Thätigkeit der Rindencentren für die Phonation aufgehoben ist, alle Erscheinungen, die wir erwarten können, darin bestehen, dass: „bei erhaltener Beweglichkeit der Phonationsmuskeln, dem Kranken die Fähigkeit — hier möchten wir nur das Wort „willkürlich“ einschieben, da reflectorische Phonationsvorgänge sicher erfolgen können, — einen Laut hervorzubringen verloren gegangen sein muss.“

Wir bringen dem Verfasser meinen besten Glückwunsch zu der neuen Auflage dar. Vivat sequens! Felix Semon.

---

b) **A. Rosenberg** (Berlin). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und Kehlkopfs etc.** Berlin, S. Karger. 1893. 329 Seiten.

Einem längst gefühlten Bedürfniss abzuhelfen war nicht Zweck des vorliegenden Werkes. An guten Lehrbüchern fehlt es uns jetzt keineswegs. Wenn wir dennoch dieses neue Handbuch mit Freude begrüsst und mit Befriedigung gelesen haben, so ist es, weil wir von dem langjährigen Mitarbeiter B. Fränkel's manch' guten Wink, Belehrung und Correction der eignen Ansichten zu erhalten erwarteten. Und wir haben uns nicht enttäuscht gefunden. Nicht nur verdient das Werk als ein hübsches, das einschlägige Gebiet in übersichtlicher und correcter Darstellung behandelndes Handbuch bezeichnet zu werden; sondern es ist dem Verfasser gelungen, im engen Rahmen eines Lehrbuches den hauptsächlichen Detailarbeiten des ganzen Specialfachs gerecht zu werden, und zu gleicher Zeit, bei jeder Krankheit knappen, deutlichen, therapeutischen Rath zu geben.

Dies war ja auch eine Hauptaufgabe für ein Handbuch, das in erster Linie den praktischen Aerzten Auskunft geben will. Weil dies der Hauptzweck des Verfassers gewesen, so glauben wir, dass er einige Paragraphen ohne Schaden für die Vollständigkeit hätte fortlassen oder erheblich einschränken können. So hat er z. B. der Technik und namentlich dem Instrumentarium der elektrischen Behandlungsweisen nicht weniger als sieben Seiten gewidmet; und der Beschreibung eines Apparates für Kehlkopfphotographie anderthalb Seiten eingeräumt.

Wir beeilen uns gleich zu betonen, dass diese Ausnahmen dem Gesammteindruck, dass das Buch Knappheit und Vollständigkeit in glücklicher Weise vereinigt, keinen Abbruch thun.

Die methodische Behandlung eines so ausgedehnten Gebietes hat nothwendigerweise unnatürliche Trennungen zur Folge. Es bleibt indessen Pflicht eines Autors, den Faden, welcher die verschiedenen Affectionen mit einander verbindet, sorgfältig festzuhalten. Wenn nun die Anordnung des Stoffes eine gesonderte Besprechung der Mund- und der Rachensyphilis mit sich brachte, so glaube ich doch, dass der Verf. dennoch bei der Diagnose der secundären luetischen Erscheinungen im Munde anstatt sich mit einem Hinweis auf „die Begleiterscheinungen der Syphilis" zu begnügen, in erster Linie auf die fast nie fehlenden Mandelaffectionen hätte hinweisen sollen. Unpraktisch scheint mir die Besprechung einer allgemeinen Krankheit wie der Diphtherie in drei Capiteln, als Mund-, Rachen- und Kehlkopfdiphtherie.

Bei der allgemeinen Aetiologie der Rachenkrankheiten wird die Bedeutung der Nase voll anerkannt. Deshalb wäre es auch nützlich gewesen, die Beseitigung der Rhinitis als erstes Moment bei der Behandlung des chronischen Rachenkatarrhs hervorzuheben.

Ist es wirklich mit einer wissenschaftlichen Anordnung des Stoffes unvereinbar, dass die Methode der Untersuchung von Halskranken in einem Kapitel zusammen gefasst werde? In Anbetracht der Häufigkeit der Gesammterkrankungen der oberen Luftwege kommt es mir vor, dass es Pflicht der Lehrbücher wie der Lehrer ist, die Lernenden an eine methodische und gründliche Untersuchung der verschiedenen Nachbarorganen zu gewöhnen. Solch ein Kapitel müsste die äussere Inspection des Gesichtes und des Halses, die Palpation, die Untersuchung von Mund. Pharynx, Larynx und Nase umfassen; und ausserdem sollte wiederholt betont werden, dass für die richtige Würdigung eines Halsleidens immer der höher gelegene Abschnitt der Luftwege volle Berücksichtigung verdient. Namentlich sind die chronischen Rachenkatarrhe in der Mehrzahl der Fälle als absteigende Prozesse zu betrachten, deren Ausgangspunkt entweder im Nasenrachenraum oder gewöhnlich in der Nase zu suchen ist.

Auf der anderen Seite glauben wir, dass in dem vorliegenden Handbuch den Leiden des Nasenrachenraumes, welche als einfache Localisationen der Rachenkrankheiten behandelt sind, einigermaassen Unrecht gethan ist. Namentlich hätten wir gerne gesehen, dass Verf. den Namen Retronasalkatarrh von Gerber übernommen hätte. Dass er die Tornwaldt'sche Krankheit, die Bursitis pharyngea, nicht als specielles Krankheitsbild vorgeführt, sondern nur den häufigen Sitz der Schleimabsonderung im Recessus medius erwähnt hat, können wir keineswegs missbilligen.

Es ist hier nicht die Stelle, auf die Details des Buches näher einzugehen, und die vielen interessanten Punkte, auf die wir bei der Lektüre gestossen sind, hervorzuheben; wir möchten aber für ein Kapitel eine Ausnahme machen: die Neurosen des Kehlkopfes. Unter diesen erregt das Kapitel der neuropathischen Lähmungen das Hauptinteresse. In der Frage ob Posticuslähmung oder primäre Adductorencontractur, nimmt Verf. (wie übrigens jetzt wohl die übergrosse Mehrzahl der Laryngologen) für die erstere Auffassung Stellung. Auch hat er die Bedeutung des Semon'schen Gesetzes voll anerkannt an dessen Hand er die verschiedenen Lähmungsarten der Stimmbandmuskulatur in correcter und klarer

Weise schildert. Sollte nun nach diesen Schilderungen die Diagnose einer solchen Lähmung leichte Sache erscheinen, so hat es uns doch gewundert, dass er gerade die Schwierigkeiten bei der Diagnose am Lebenden nicht eingehender berücksichtigt. Ich glaube, dass in keiner Unterabtheilung der Laryngologie schlimmere und häufigere diagnostische Irrthümer vorkommen, als eben auf diesem Gebiete, und es hat mich beim Studium der einschlägigen Literatur unaufhörlich frappirt, wie mangelhaft beobachtet, ungenügend beschrieben, und falsch motivirt so viele Berichte über Stimmbandlähmungen sind, oft sogar, wenn sie von laryngologischer Seite stammen. Dies beruht eben darauf, dass die Ansicht des Verfassers, dass „die Diagnose durch den Kehlkopfspiegel leicht zu stellen“ sei, die allgemein herrschende ist. Wir glauben, es wäre im Interesse der Sache gewesen, wenn Verf. im Gegentheil betont hätte, dass die Diagnose einer Stimmbandlähmung äusserst subtiler Natur ist, da es doch oft darauf ankommt, eine geringe Asymmetrie richtig zu deuten. Dazu ist zuvor eine Asymmetrie des Kehlkopfgerüstes auszuschliessen; dazu soll der Beobachter aufmerksam sein, wie das Aussehen der Glottis durch eine geringe Lageveränderung des Spiegels wechselt, dazu muss er auf die Stellung und Beweglichkeit der Epiglottis achten und die Lage und Form der Stimmbänder, zuerst bei ruhiger, dann erst bei forcirter Athmung und schliesslich bei der Phonation studiren. Selten genügt eine einmalige Beobachtung. Sind doch Verwechslungen von Posticus- und Recurrenslähmung alltägliche Vorkommnisse.

Was die Verwechslung von Lähmungen mit mechanischer Immobilisirung betrifft, so wird zwar vom Verf, von derselben gewarnt, allein er giebt zwei Abbildungen von linksseitiger Recurrenslähmung (Fig. 163 und bes. 162), auf welchen eine so erhebliche Schwellung der linken Arytaenoidgegend und aryepiglottischen Falte ersichtlich ist, dass dieselben besser eine mechanische Fixation, als eine Recurrenslähmung zu illustriren geeignet sind. Wir möchten eine Stimmbandlähmung immer wenigstens durch zwei Abbildungen illustrirt sehen, eine welche die ruhige Respiration, und eine welche die Phonation schildert. Auf diese Weise werden zwar einige Male normale Bilder reproducirt, dem guten Verständniss ist dies aber sehr nützlich. Bei den drei Abbildungen der isolirten Adductorenlähmungen (S. 204) ist nicht angegeben, in welcher Phase das Bild gezeichnet ist und auch im Text ist nicht scharf betont, dass bei der betreffenden Lähmungsform das Spiegelbild nur beim Intoniren von der Norm abweicht.

Nicht dringend genug kann weiter vor der Verwechslung von spastischen Zuständen mit Posticuslähmung gewarnt werden. Der Praktiker hat gewöhnlich die Neigung, eine inspiratorische Dyspnoe bei relativ klarer Stimme auf „Posticuslähmung zurückzuführen. Sollte er nun im Anfall laryngoscopiren und eine Verengerung der Glottis auffinden, so wäre für ihn die Diagnose mehr wie gesichert! Schade ist es deshalb, dass dieser Punkt nicht etwas ausführlicher erörtert worden, umsomehr da bekanntermaassen laryngospastische Anfälle im Verlauf einer Posticuslähmung vorkommen; beide Erscheinungen sich also nicht ausschliessen. Dass der interessante Connex zwischen diesen beiden Erscheinungen vom Verf. nicht gehörig gewürdigt worden ist, zeigt auch der kurze Satz über die Larynxkrisen, welche er nach van Gieson als eine Störung in der

motorischen Innervation (?) erklärt. Ich habe gezeigt[1]), dass die Larynxkrisen wahrscheinlich auf einem Reizzustand im medullären Theil der sensiblen Bahnen der Kehlkopfnerven, gewöhnlich verbunden mit einer erhöhten Reflexerregbarkeit der Centren der Stimmbandadductoren beruhen; eine Anschauung, welche auch von Semon vertreten wird (Centralbl. VIII. 356).

Unter den aetiologischen Momenten des nervösen Hustens ist die Tabes nicht erwähnt. Fournier hat zwei interessante Fälle veröffentlicht, in welchen ein hartnäckiger nervöser Husten während längerer Zeit das einzige Sympton der Tabes darstellte.

Bevor wir die Neurosen verlassen noch eine Bemerkung bezüglich der Anordnung des Stoffes. Die Adductorenlähmungen bezeichnet Verf. alle als „myopathisch." Indessen kann dies seine Meinung nicht sein, da er selbst die Hysterie als ursächliches Moment heranzieht. Auch lässt er das Semon'sche Gesetz nachdrücklich nur für die organischen, neuropathischen Lähmungen gelten. Richtiger wäre es wohl gewesen, zwischen functionellen und organischen, und in letzterer Gruppe wieder zwischen neuropathischen und myopathischen Lähmungen zu unterscheiden.

Zum Schluss wünschen wir noch einmal nachdrücklich hervorzuheben, dass wir trotz der gerügten Punkte die Rosenberg'sche Arbeit als ein vortreffliches Handbuch betrachten. Die Bearbeitung ist ebenso vollständig wie knapp und übersichtlich; und man fühlt es jeden Augenblick, dass der Verf. des Unterrichtens, und zwar in ausgezeichneten Schulen gewohnt ist. Es ist uns denn auch eine Freude, den Verf. zu seiner Arbeit zu beglückwünschen und derselben eine durchaus fauste Prognose zu stellen. H. Burger (Amsterdam).

---

c) Aus der II. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft zu Frankfurt a. M.

Jansen (Berlin): Ueber die Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischem Empyem.

Unter Betonung der schweren Heilbarkeit mancher chronischen Empyeme der Oberkieferhöhle schildert der Vortragende das Verfahren, welches er seit etwa 2 Jahren an einer Reihe von circa 20 derartigen Fällen geübt hat. Jansen führt einen horizontalen Schnitt dicht über den Zähnen durch das Zahnfleisch bis etwa zum Augenzahn, und von da einen Schnitt aufwärts. Nach Abhebeln dieses vom Proc. alveol. genommenen Schleimhautlappens resp. Schleimhautperiostlappen mit der Basis oben oder hinten oben wird die ganze vordere Wand der Oberkieferhöhle mit Meissel und Knochenzange entfernt unter Schonung des Foramen infraorbit., meist auch der oberen Wand. Die Höhle wird ausgeschabt, die etwaige Sequester entfernt, die Blutung durch Tamponade gestillt, dann der Schleimhautlappen in die Höhle hineingeschlagen und durch Jodoformgaze fest-

1) Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis. Leiden 1891. — Auf S. 145 dieses Werkes findet sich die nach brieflicher Mittheilung übersetzte Semon'sche Erklärung der spastischen Anfälle im Verlauf der Posticuslähmung.

tamponirt. Nach 8- bis 14tägiger Wundbehandlung mit Jodoformgaze wird ein möglichst (Finger-) dicker Obturator aus vulcanisirtem Kautschuk — nach Modell angefertigt — eingeführt. Der Obturator ist entweder am Gebiss befestigt oder wird durch eine Klammer von Gold etc. am Zahn festgehalten, und kann vom Kranken leicht herausgenommen und wieder eingeführt werden. Die Operation geschieht in Chloroformnarkose oder bei Cocainanästhesie (? Ref.) und dauert bis zu einer halben Stunde. Während der ganzen Nachbehandlung bleibt die Höhle übersichtlich. Die Heilung erfordert eine lange Zeit, bis zu 2 Jahren. Eine Entstellung tritt nicht ein.

Das chronische Empyem der Stirnhöhle liegt für die Ausheilung günstiger. Eine Heilung bei Behandlung von der Nase aus hält der Vortragende für selten. Die Indicatio vitalis verlangt hier bisweilen unabweislich den Eingriff. Dadurch dass man bei der Stirnhöhle den Character der allseitig starrwandigen Höhle leicht beseitigen kann, werden die Bedingungen zum Ausheilen wesentlich günstiger gestaltet.

Jansen führt einen bogenartigen Schnitt unterhalb der Augenbraue und parallel derselben bis zur Seitenwand der Nasenwurzel abwärts vor der Lidspalte und legt die Orbitalwand der Stirnhöhle und von der vorderen Wand den unteren Theil frei. Mit Meissel und Knochenzange wird die ganze untere Wand der Stirnhöhle bis zum Ausführungsgang entfernt. Das genügt manchmal und speciell bei kleinem Sinus. Ist die Höhle grösser, so wird zunächst von der vorderen Wand nur ein schmaler Saum, $^1/_4$—$^1/_2$ cm entfernt, um wenn möglich eine Entstellung zu vermeiden. In einem Falle trat die Heilung allerdings erst ein, nachdem auch die ganze vordere Wand entfernt war. Nach Fortnahme der unteren Wand steigt des orbitale Fettgewebe rasch in die Höhe und füllt kleine Höhlen vollständig aus. Eine Verlagerung des Auges tritt dabei nicht ein. Bemerkenswerth ist, dass alle Fälle von Stirnhöhlenempyem des Vortragenden mit Empyem der Siebbeinzellen verbunden waren. Von der Wunde aus wurde eine radicale Ausschabung des Siebbeins vorgenommen. Alle vier auf diese Weise operirten Kranken sind geheilt, zwei ohne Entstellung; die andern zwei mit grösserer oder geringerer Entstellung. Die rascheste Heilung wurde in $^1/_2$ Monaten erreicht. Bei drei Patienten war auch Empyema antr. Highm. vorhanden. Die Eröffnung dieser Höhle musste desshalb nachfolgen. Th. S. Flatau (Berlin).

---

d) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Januar 1893:

Katzenstein zeigt: 1. Das Präparat des Larynxcarcinoms von dem in der Novembersitzung demonstrirten Patienten vor, vom Larynx ist nichts mehr vorhanden, man sieht an seiner Stelle eine grosse Detritushöhle, die einerseits in den Oesophagus andererseits durch die Haut nach aussen führt.

2. Das Präparat einer Trachealstenose, durch ein den Recurrens einschliessendes Thyreoidcarcinom, das zwischen den Knorpeln in die Trachea hineingewachsen ist.

A. Rosenberg stellt: 1. einen Patienten vor, den er wegen doppelseitiger Posticuslähmung versuchsweise intubirt hat und

2. eine Patientin, bei der in Folge Ausräumung von tuberculösen Lymphdrüsen am Innenrande des linken Sternocleidomastoideus und nachheriger Galvanocauterisation einer etwa der Höhe des unteren Rande des Ringknorpels entsprechenden Fistel, das linke Stimmband der Medianlinie angenähert unbeweglich steht.

Ilberg sah bei einem in Folge von Aneurysma der aufsteigenden Aorta in Cadaverstellung befindlichen Stimmbande bei der Autopsie den linken Recurrens in blutig-infiltrirtes Gewebe eingebettet. Am Posticus fand sich (wohl wegen der kurzen Dauer der Lähmung) microscopisch keine Veränderung. Uebrigens räth er von der Intubation bei ambulanten Patienten ab.

Ilberg: Ueber Trachealstenosen.

I. bespricht in eingehendster, ausführlicher und höchst klarer Weise die Ursachen, Symptome, Pathologie und Therapie der Luftröhrenverengerungen und erwähnt seine diesbezüglichen auf der Gerhardt'schen Station gemachten Beobachtungen:

1. Oesophaguscarcinom bei einem 68 j. Arbeiter, das, in die Trachea hindurchgebrochen, eine vom 4.—8. Trachealring sich erstreckende Stenose machte.

2. 37 j. Arbeiterfrau: R. Stimmband steht, der Mittellinie angenähert, unbeweglich; unterhalb des 3. Trachealknorpels Verwölbung der rechten vorderen Wand. Als Ursache wird angenommen: verkäste Lymphdrüsen.

3. 35 j. Frau. Trachealstenosen in Folge zweier den Stimmbändern parallel verlaufender ungefähr der Nähe des vierten Knorpels entsprechender Leisten, Residuum einer im 7. Lebensjahr wegen Diphtherie vorgenommenen Tracheotomie. Die bisherige Behandlung mit Schrötter'schen Bougies hat eine Besserung zu verzeichnen. (Fortsetzung in der nächsten Sitzung.)

Sitzung vom 16. Februar 1893.

Peltesohn zeigt das Ansatzstück einer Mundharmonika, das er nach $3^1/_2$ wöchigem Aufenthalt im Nasenrachenraum eines 11 Monate alten Kindes mit der Zange entfernt hat.

B. Fränkel präsentirt im Anschluss daran den Ring eines Lange'schen Ringmessers, der nach der Operation von adenoiden Vegetationen im Nasenrachen stecken geblieben war und nach einigen Wochen von dem Kinde ausgewürgt wurde.

Kronenberg demonstrirt eine Patientin mit einem gummösen Geschwür von der Zungenbasis, das im Anfang diagnostische Schwierigkeiten machte.

Herzfeld zeigt: 1. die am 2. 12. 92 vorgestellte Patientin mit Oberkieferhöhlensarcom nach der von J. Wolff vor 6 Wochen vorgenommenen Oberkieferresection.

2. eine 31 j. Patientin, bei der Hadra im März 1892 aus demselben Grunde

den Oberkiefer resecirt hat, der Defect im Gaumen wird sehr gut durch einen Obturator geschlossen.

J. Wolff berichtet über die Operation und den weiteren glatten Verlauf; den Gaumendefect glaubt er durch Bildung eines Wangenschleimhautlappens und Vernähung desselben mit dem restirenden Gaumeninvolucrum schliessen zu können.

Lublinski konnte die Diagnose bei der Patientin schon Mai 1890 stellen. In einem ähnlichen Falle sah er eine wesentliche Besserung nach Sol. Fowleri eintreten.

Ilberg: Ueber Trachealstenosen (Fortsetzung).

I. zeigt das Präparat von der in der vorigen Sitzung sub 2. erwähnten inzwischen verstorbenen Patientin. Die Trachea und die Bronchien sind von einer gummösen schwieligen Masse umlagert, in der Schleimhaut der Luftröhre und ihrer Verzweigung tiefe Ulcerationen mit unterminirten Rändern.

4. Erschwertes Decanulement bei einem Ende 1890 tracheotomirten 6jähr. Mädchen. Intubation bringt Besserung. Von den verschiedenerlei Ursachen ist hier anzuschuldigen: Erschlaffung der vorderen Wand, Spasmus der Trachealmuskeln und psychische Einflüsse.

5. 50jähriger Schneider bringt sich eine Wunde durch Larynx und Trachea bei; in Folge dessen nach einigen Monaten Verschluss des unteren Theils des Kehlkopfs, Trachealringe zum Theil abgelöst und quer in die Larynxhöhle eingestellt. Die Intubation war hier wegen nachfolgender entzündlicher Reaction nicht regelmässig auszuführen. Die Beobachtung ist noch nicht abgeschlossen.

(Die Discussion wird bis zur nächsten Sitzung vertagt.)

Sitzung vom 10. März 1893.

Landgraf stellt den im Juli v. J. demonstrirten Fall von Eversio ventriculi wieder vor, nachdem er die vorgefallenen Schleimhautwülste abgetragen. Die Stimme ist wegen mangelhafter Stimmbandadduction noch heiser. Mikroskopisch zeigen die exstirpirten Stücke dieselbe Zusammensetzung wie das Taschenband.

Schötz sah in Folge einer verschluckten und von hinten sich in den Larynx einbohrenden Nadel ein Blutextravasat auftreten, das den Ventrikel derselben (rechten) Seite hervorwölbte. Nach Entfernung der Nadel schwand das Blutextravasat und der prolabirte Ventrikel reponirte sich von selbst.

A. Rosenberg stellt die in der letzten Sitzung demonstrirte Patientin mit traumatischer linksseitiger Recurrenslähmung wieder vor, um die inzwischen eingetretene Adductionsbewegung der Stimmbänder zu zeigen; die mangelnde Abduction war unverändert geblieben.

Discussion über Ilberg's Vortrag: Trachealstenosen.

Landgraf und Lublinski erinnern an die von ihnen beobachtete hysterische Trachealstenose, bei der letzterer an der hinteren Wand wulstartig. Schleimhautfalten hervortreten sah.

Schötz will nicht eher an eine hysterische Trachealstenose glauben, als bis er selbst eine gesehen, da die bisher beschriebenen ihm nicht einwandsfrei erscheinen.

A. Rosenberg empfiehlt bei chronischen Stenosen warm die Intubation, die ihm in einer Reihe von Fällen gute Dienste geleistet hat.

Scheier stimmt R. bei.

B. Fränkel warnt vor Verwechslung einer Trachealstenose mit einer Axendrehung der Luftröhre.

Herzfeld: Ueber Durchleuchtung der Gesichtsknochen.

Es kann Eiter in der Kieferhöhle vorhanden sein, und doch können die Gesichtsknochen und die Pupille hell aufleuchten. Bei Gesunden finden sich bezüglich der Durchleuchtung grosse Verschiedenheiten. Bei 100 seiner poliklinischen Patienten sah H. nur 38mal vollständiges Hellwerden der Gesichtsknochen und Pupillen; 11mal blieben sie dunkel, acht weitere wurden bei intensiverem Licht mässig hell; 17mal einseitige Verdunkelung, 11mal Hellwerden der Orbitalknochen bei dunklen Pupillen. In einem Fall — den H. auch demonstrirt — sah man auch die rechte Schläfe bis unter die Haare hell durchleuchtet (Knochencyste, in Verbindung mit dem Antrum maxillare?). Bei manchen Patienten mit positivem Durchleuchtungsresultat war trotzdem Eiter in der Oberkieferhöhle; freilich kann bei vollständiger Anfüllung derselben mit Pus die Pupille nicht hell bleiben.

Die Durchleuchtung hat also für die Diagnose einen unterstützenden aber keinen absoluten Werth. A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Stiftung einer Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

In Utrecht hat am 2 Juli die Stiftung einer Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde stattgefunden. Der Vorstand besteht aus den Herren:

Prof. Dr. Guye (Amsterdam), Vorsitzender,
Prof. Dr. Doyer (Leiden), Vice-Vorsitzender,
Dr. H. Burger (Amsterdam), Schriftführer.

Wir benutzen diese Gelegenheit zu der Mittheilung, dass Herr Dr. Burger von nächster Nummer ab als Referent für die holländischen Arbeiten in die Reihe der ständigen Mitarbeiter des Centralblatts eintreten wird.

Resultat der Preisausschreibung für die beste Arbeit über die Diagnose und Behandlung der bösartigen Geschwülste des Kehlkopfs.

Im Briefkasten der Februarnummer des Jahres 1892 (Centralblatt VIII, p. 410) brachten wir eine Mittheilung über eine von der Toulouser Medicinischen Gesellschaft gestellte, die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses betreffende Preisaufgabe. Herr College Johann Sendziak (Warschau) hat soeben die Güte gehabt uns mitzutheilen. dass er der glückliche Sieger in dieser Bewerbung gewesen ist und einen Preis von 1000 Francs nebst einer goldenen Medaille davongetragen hat. Wir statten ihm unseren besten Glückwunsch ab und hoffen, die preisgekrönte Arbeit bald der Oeffentlichkeit zugängig gemacht zu sehen.

Zweite Auflage der Schrötter'schen Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfs.

Noch schneller als wir hoffen konnten, ist eine zweite Auflage dieser vortrefflichen Vorlesungen erforderlich geworden und soeben erschienen. Der Verfasser erklärt in der Vorrede, dass er sich mit Ausnahme weniger wesentlicher Aenderungen auf eine gründliche Durchsicht beschränkt habe, und sich vorbehalte, eine gründlichere Umarbeitung, wo diese nothwendig sein sollte, in späterer Zeit vorzunehmen.

Programm der laryngologischen Section der 65. Deutschen Naturforscherversammlung.

Nürnberg, 11.—15. September 1893.

21. Abtheilung: Laryngologie und Rhinologie.

Einführender: Dr. Heller, Albrecht Dürerplatz 9.
Schriftführer: Dr. Helbing, Adlerstrasse 19.

Angemeldete Vorträge:

1. Dr. Aug. Haupt (Bad Soden): Meinungsverschiedenheiten über den Werth der Mineralwassercuren für die Behandlung der Catarrhe des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes. — 2. Dr. Betz (Mainz): Rhinolithiasis als Gewerbekrankheit. — 3. Dr. Helbing (Nürnberg): Mittheilung zur Behandlung der erfrorenen Nasen. — 4. Dr. R. Kayser (Breslau): Demonstration eines Kehlkopfmodelles — 5 Dr. L. Grünwald (München): Thema vorbehalten. — 6. Dr. Theodor Flatau (Berlin): Zur Symptomatologie der Keilbeinhöhlenerkrankungen. — 7. Professor Dr. Schech (München): Laryngitis fibrinosa. — 8. Privatdocent Dr. Seifert (Würzburg): Behandlung der hysterischen Aphonie; Demonstration mikroskopischer Präparate. — 9. Privatdocent Dr Heymann (Berlin): Beitrag zur Lehre von der Kehlkopfentzündung — 10. Dr. Kafemann (Königsberg): Ueber einige seltene Tumoren der oberen Luftwege mit Demonstration. — 11. Dr. Max Reichert (Berlin): Ueber meine elektrische Lampe zur Laryngo- und Rhinoskopie.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, September. 1893. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, Instrumente etc.

1) **Brügelmann** (Paderborn). **Ueber neurasthenisches Asthma.** *Therapeut. Monatshefte. 1892. No. 6 u. 7.*

Das neurasthenische Asthma ist ein Brustkrampf, der durch eine perverse von ganz beliebigen Stellen des Gesammtnervensystems ausgelöste Reizung der Athmungscentren entsteht, aber eben nur dann entstehen kann, wenn die Leitung zum Centralorgan oder dieses selbst oder beide schadhaft, neurasthenisch geworden sind. Bei nasalem, pharyngo-laryngealem und bronchialem Asthma schaffen die die Asthmapunkte treffenden Reize erst die Empfänglichkeit des Centralorgans und mit ihnen die perverse Reaction, das Asthma.

Das wichtigste Symptom des neurasthenischen Asthmas ist die Hypochondrie; die perverse Athmung kommt zu Stande durch Unterjochung des regulirenden Willens seitens der krankhaften Vorstellung. Dieses Asthma weckt den Kranken aus dem Schlafe, während die perverse Athmung auf hysterischer Grundlage im Schlafe schwindet; die Reizung des neurasthenischen Centralorgans und damit das Asthma verursachen sich die Patienten selbst durch ihre gedrückte Stimmung, Angst, Wahnvorstellungen.

Die Behandlung ist eine antineurasthenische; die Suggestion, verständiges Zureden spielen die wesentlichste Rolle. A. ROSENBERG.

2) **E. S. Mc Kee. Asthma. (Asthma).** *Toledo Med. Compend. Novemb. 1892.*

Nichts Neues; Verf. giebt eine Zusammenstellung der für die Behandlung in Frage kommenden Droguen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **A. Schmidt. Beiträge zur Kenntniss des Sputums und zur Pathologie des Asthma bronchiale.** *Zeitschr. f. klin. Med. 1892. XX.*

Der Befund von Spiralen lässt einen sicheren Rückschluss auf einen ex-

sudativen Entzündungsprocess der feineren Bronchien zu, aber die Bronchiolitis exsudativa ist keine besondere Krankheitsform.

Die eosinophilen Zellen lassen ebenso wenig wie die Charcot-Leyden-schen Krystalle auf eine besondere Krankheitsform schliessen.

Der Sputumbefund hat nicht die Bedeutung für die Diagnose des Asthma bronchiale, die man ihm noch vielfach beizumessen geneigt ist.

A. ROSENBERG.

4) **J. H. Bullard. Die Gefahren der Inhalation von Pulverdämpfen bei der Behandlung des Asthmas. (Dangers of inhaling smokepowders in the treatment of asthma).** *Southern California Practitioner. December 1892.*

Bericht über den Tod eines Patienten, der zwei Stunden lang in einem mit Dämpfen übersättigten Raume gehalten wurde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **Walker Downie** (Glasgow). **Weiterer Bericht über Fälle, die mit intra-laryngealen Injectionen behandelt worden sind. (Further report on cases treated by intra-laryngeal injections.)** *Glasgow med. Journal. August 1892.*

D. berichtet über einen Fall von incipienter Phthise, der unter Menthol- und Guajacolinjectionen gut verlief, den aber der Ref. zögern würde, als „so gut wie geheilt" zu bezeichnen.

Renton, Lees, Robertson, Gemmel und Monro sprachen zur Discussion. In seiner Erwiderung behauptete Downie, dass Schmerzen nur dann eintreten, wenn von der Flüssigkeit etwas oberhalb der Stimmbänder verspritzt wird.

P. MC BRIDE.

6) **Lubet - Barbon. Allgemeine Anaesthesie durch das Aethylbromür und dessen Anwendungsweise. (Anesthesie generale par le bromure d'Ethyle et ses applications.)** *Archives internat. de laringol. de rhinologie et d'otologie. Bd. V. No. 5. 1892.*

Das Aethylbromür hat den Vorzug einer relativen Unschädlichkeit, es ist ohne Gefahr anzuwenden und die Dauer seiner anaesthesirenden Wirkung ist wenig erheblich. Man giebt es mittelst einer Mund und Nase bedeckenden Chloroformmaske und zwar muss man kräftige Mengen aufschütten, nicht kleine Dosen. Man setzt es aus, sobald die Conjunctiva nicht mehr reagirt. Sobald man die Inhalation aufhören lässt, bekommt der Kranke das Bewusstsein wieder. Die Chirurgie der Nase, des Rachens und der Ohren hat in dem Mittel ein werthvolles Adjuvans.

E. J. MOURE.

7) **R. D. Gibson. Der Gebrauch des Galvanokauters in der Augen- und Kehlkopf-Chirurgie. (The use of galvano-cautery in ophthalmic and laryngeal surgery.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 29. October 1892.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **J. Sedziak** (Warschau). **Einige Bemerkungen über die Anwendung der Galvanokaustik bei Larynx-, Rachen-, Nasen- und Ohren-Erkrankungen. (Kilka uwag w kwesty, stosowania galwanokaustyki w chorobach gardta, krtani nosa i uszów.)** *Kronika Lekarska. J. 1892. No. 5, 6.*

Enthusiastische Empfehlung der Vortheile der Galvanokaustik bei Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren, die Allbekanntes bringt und mit einer Unzahl von Citaten die optimistischen Anschauungen des Verf. zu bekräftigen sucht. Die Schattenseiten dieser nützlichen aber leider heute häufig missbrauchten Methode (besonders bei Nasenerkrankungen) werden nicht genügend scharf beleuchtet. Der Nutzen der galvanokaustischen Behandlung bei Larynxphthise scheint etwas übertrieben und nicht auf genügend grosses Beobachtungsmaterial basirt. T. HERYNG.

9) **V. Grazzi** (Florenz). **Instrumente zum Einstäuben öliger Medicamente in den Nasenrachenraum und Larynx. (Polverizzatori di sostanze oleose per le narici posteriori o per la laringe.)** *Bollett. delle Med. dell'Orecchio. 1892. II.*

Lobartikel für die von der Firma Burroughs, Wellcome u. Comp. in London gelieferten Einstäuber und „Tabloids". TOTI.

10) **John Dunn. Eine modificirte Hartmann'sche Schlinge und ein paar Bemerkungen über ihre Anwendung. (A modified Hartmann snore — some remarks upon its use.)** *N.-Y. Med. Record. 24. September 1892.*

Die Canüle für die Nase und die Rachentonsille ist nicht cylindrisch gebaut, wie bei dem Bosworth'schen, dem Jarvis'schen und anderen Instrumenten, sondern ganz flach, so dass sie fast einer sehr schmalen Messerscheide gleicht, sie ist 3 mm weit, ihr Durchmesser von vorn nach hinten nur $^3/_4$ mm, so dass die Oeffnung an dem Ende gerade gross genug ist, um einen Draht wie No. 3 der Pianosaiten aufzunehmen. Diese Abflachung der Canüle bedingt hauptsächlich ihren Vorzug gegenüber anderen Arten von Canülen. Durch ihren feineren Bau, der besonders das Abgleiten der Schlinge von dem einmal erfassten Theile verhindert, sowie durch das Hinzufügen einer Curette zu der Guillotine, deren Proportionen von denen der Hartmann'schen Schlinge verschieden sind, unterscheidet sich die D.'tche Canüle von anderen. LEFFERTS.

11) **C. E. Munger. Eine modificirte Gottstein'sche Curette. (A modified Gottstein's curette.)** *Med. record. 3. September 1892.*

Die Modification besteht darin, dass das distale Ende des Ringes nicht mehr eine leicht convexe oder nahezu flache Fläche hat, sondern statt dessen eine herzförmige Gestalt aufweist. Der Vorzug dieser Form liegt darin, dass man den hinteren Theil des Nasenseptum fassen und dabei doch gleichzeitig mit den Bögen des „Herzens" die Choanen erreichen kann. Auf diese Weise kann man die Curette auch weiter vorn gebrauchen und kann den Raum gründlicher ausräumen, als mit irgend einer anderen Form von Ringmesser. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **E. Harrison Griffin. Ein anatomischer Spatel. (An anatomical spatula.)** *N.-Y. Med. Journal. 24. September 1892.*

Das Blatt des Spatels ist $3^1/_2$ Zoll lang und an seiner breitesten Stelle etwas über 1 Zoll breit, sein unterer Theil ist concav, so dass er den convexen Zungenrücken bedeckt. Das Mundstück ist solide aus Metall gefertigt; von einem Fenster, wie man es so gewöhnlich in den Spateln findet, ist abgesehen worden, da ein solches schwer rein zu halten ist und nur dazu beiträgt, die Krankheit zu verschleppen, während es sonst ohne Zweck ist. G. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Länge, die ein Spatelblatt haben soll; der hintere Theil desselben darf nicht so weit auf den Zungenrücken hinreichen, dass es den Pat. zum Würgen reizt, wie dies gewöhnlich bei unseren gebräuchlichen Spateln der Fall ist. Die concave Fläche passt sich dem Zungenrücken gut an, der Spatel gleitet deshalb nicht von einer Seite zur andern und man kann dabei einen beständigen Druck ausüben, ohne dass Würgen erfolgt. LEFFERTS.

13) **Gouraud. Ein neues Modell eines Inhalators zur Behandlung der Tuberculose. (Inhalateur nouveau modèle pour le traitement de la tuberculose.)** *Gaz. méd. de Nantes. No. 12. p. 139.*

Das Princip des Apparats ist folgendes: Man lässt Wasserdampf durch eine Kreosotlösung gehen; er belädt sich mit den wirksamen Bestandtheilen derselben und wird nun von dem Kranken aspirirt. Verf. empfiehlt folgende Kreosotlösung

Alcohol . . .	13
Glycerin . . .	13
Kreosot . . .	13.

Trotz der mässigen Dosis, die diese Lösung enthält, sind die Dämpfe mit Kreosot überladen. Zur Abkühlung der Dämpfe lässt man dieselben durch ein Glas- oder Gummirohr streichen, von dessen freiem Ende sie der Pat. aufnimmt.

J. BARATOUX.

14) **W. Scheppegrell. Ein einfacher Flaschen-Inhalator. (A simple bottle-inhaler.)** *Med. News. 20. August 1892.*

„Wirksam, dauerhaft und billig.“ W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

15) . . . . **Ein neues und starkes Licht. (A new and powerful light.)** *Lancet. 2. Januar 1892.*

Die Notiz behandelt die neue von Villon empfohlene Lichtquelle. Dieselbe besteht in einer in der Spirituslampenflamme zum Glühen erhitzten Aluminiumplatte. MACKENZIE-JOHNSTON.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Cornil (Paris). Ergebnisse von Untersuchungen des Bulbus olfactorius nach der Golgi'schen Methode. (Des résultats obtenus par la méthode de Golgi appliquée à l'étude du bulbe olfactif.)** *Société de Biologie. 7. Mai 1892.*

Wenn man sich zur Untersuchung des Bulbus olfactorius der Golgi'schen

von Ramon y Cajal verbesserten Methode bedient, so erhält man eine Ablagerung des Chromsilbers in den zelligen Elementen und ihren Fortsätzen und in den Blutgefässen. Obschon sie von der Structur der Zellen kein Bild giebt, ist diese Methode doch vortrefflich geeignet, die Verbindung der Zellen mit einander aufzudecken. Mit Hülfe dieser Methode kann man verfolgen, dass ein Eindruck, der auf die Fasern des N. olfactorius übertragen wird, auf folgenden Wegen nach dem Gehirn gelangen kann:

1. auf einem Hauptwege, dem direkteren, der die absteigende Verlängerung der Zellen der grauen Substanz und die Axencylinderfortsätze dieser selben Elemente darstellt;
2. auf zahlreichen collateralen Bahnen, die viel weniger direkt sind und die durch die vielfachen Beziehungen dieser cellulären Elemente unter einander gebildet werden.

Der Verf. bemerkt, dass alle diese Bahnen — im Gegensatz zu der herrschenden Meinung — in einer oder mehreren Punkten ihres Verlaufes unterbrochen sind. MENDEL.

17) **J. N. Mueuich. Heufieber — ein eigenthümlicher Fall. (Hay Fever — a singular case.)** *St. Louis Clinique. November 1892.*

M. erzählt den Fall eines Mannes, der stets, wenn er Tomaten isst, eine acute Rhinitis bekommt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Potain** (Paris). **Asthma. (De l'Asthme.)** *Semaine méd. 11. mai 1892.*

Im Laufe dieser klinischen Vorlesung erwähnt P. den heute wohl bekannten ätiologischen Zusammenhang zwischen Asthma und den verschiedenen Nasenläsionen. Nichts neues über die Frage. LUC.

19) **W. H. Neilson. Nasale Reflexe. (Nasal reflexes.)** *Trans. Wisconsin State Med. Soc. Vol. 26. p. 360. 1892.*

Die verschiedenen Reflexstörungen finden nach N.'s Ansicht eine Erklärung, wenn man sich die Vertheilung des Sympathicus in der Nase vergegenwärtigt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **A. Ernest Sansom** (London). **Unregelmässige Herzaction. (Irregular heart action.)** *British Medical Journal. 17. Dec. 1892.*

Dieses Vortrags wird hier nur Erwähnung gethan, weil sowohl der Vortragende, wie später in der Discussion Dr. Woakes hervorhoben, dass Nasen- und Nasenrachenleiden einen erregenden Einfluss auf das Zustandekommen unregelmässiger Herzaction haben könnten. Nach Woakes ist Cardialgie ein häufiges Symptom bei Patienten mit Nasenleiden. SEMON.

21) **Roquer y Casadesús** (Barcelona). **Die Hysterie und die hysterogenen Zonen der Nasenschleimhaut. (El histerismo y las zonas histerogonas de la mucosa nasal.)** *Revista de laringo-oto-y-rinologie. Mayo 1892.*

Bei einem 16jährigen an Rhinitis hypertrophica leidenden Mädchen brachte die Berührung der Muscheln einen lethargischen Zustand hervor, worauf klonische

Krämpfe der oberen und nachher auch der unteren Gliedmaassen folgten. Die Kauterisirung der Muscheln brachte Heilung. GONGORA.

22) **G. V. Woolen. Hypertrophie des vorderen Endes der mittleren Nasenmuschel. (Hypertrophy of the anterior tip of the middle turbinated body of the nose.)** *Journal Am. Med. Assoc. 22. October 1892.*

Wo eine solche Hypertrophie besteht in einem Maasse, dass sie einen Druck ausüben kann, soll sie stets beseitigt werden und zwar stets vermittelst der kalten Schlinge. In einem Gebiete, das in so enger anatomischer Beziehung steht zu der Schädelbasis, sind thatsächlich Fälle bekannt geworden, in denen schwere Meningitis einem derartigen Eingriffe folgte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **M. C. O'Toole. Verschluss der hinteren Nase nach Diphtherie. (Occlusion of the post-nares following diphtheria.)** *Occidental Med. Times. November 1892.*

Der Pat., ein japanischer Student, hatte vor 13 Jahren Diphtheritis gehabt; seitdem bestand bei ihm ein totaler Verschluss der hinteren Nase, hervorgebracht durch eine fibroide Geschwulst, die den weichen Gaumen mit der hinteren Rachenwand verband.

Es wurde das Gaumensegel gelöst und der Pat. angehalten sich eine Nasenrachenraumspritze von Hartgummi einzuführen und mit ihrem Ende die Theile von Zeit zu Zeit von einander zu lösen. Der Pat. athmet jetzt frei durch die Nase und spricht ganz deutlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **Leonard Guthrie** (London). **Eine Kröte, deren Maul und Nase während des Lebens von den Larven einer Calliphorafliege befallen wurden. (A toad whose mouth and nostrils were attacked during life with the larvae of blowflies.)** *British Medical Journal. 23. Jan. 1892.*

Am 19. Januar 1892 zeigte Guthrie vor der Pathological Society of London eine Kröte, deren Tod auf die im Titel beschriebene Weise beobachtet worden war. Als das Thier gefangen wurde, schien es sich in gesundem Zustande zu befinden, doch war die Nasenspitze verfärbt, die Nasenlöcher etwas vergrössert und uneben und von schleimigem Secret bedeckt. In ihnen sah man eine Masse sich bewegender Larven. Innerhalb 30 Stunden, nachdem das Thier gefangen war, bildeten beide Nasenlöcher eine grosse Höhle, die nur vorn von einem dünnen häutigen Septum getrennt war, beide Augen waren collabirt und ihre leeren Höhlen communicirten mit der Mundhöhle, während der ganze weiche Gaumen von den Larven verzehrt war, so dass die Knochen völlig blosslagen. Nach dem Tode der Kröte wurden drei bis vier Dutzend Larven entfernt. Es sei wohl bekannt, dass Frösche und Kröten solchen Invasionen ausgesetzt seien, bisher sei es aber niemals gelungen, die Larven zu identificiren. Professor Brauer (Wien) hatte die Güte gehabt, die gegenwärtig demonstrirten Larven zu untersuchen und sie als dem Genus „Calliphora" angehörig bezeichnet. Die Species sei unbestimmt, doch sei sie wahrscheinlich Erythrocephala magna oder vomitana. Diese Larven seien keine echten Parasiten, da sie schnell das Leben ihres Wirthes zerstörten.

Es sei schwer zu erklären, warum stets der Mund und die Nase von Batrachiern die einzigen befallenen Theile seien. Offenbar wäre es unmöglich, dass die Fliege ihre Eier direct in die Nasenlöcher der Kröte lege, und die wahrscheinliche Erklärung sei die, dass die Eier im Munde der Kröte gelegt würden, während dieselbe eine trächtige Fliege verschluckte.

Der Vortragende zeigte, dass in manchen Jahren die Anzahl der Kröten auf diese Weise beträchtlich verringert würde. Im weiteren Verlauf des Vortrags wurde die analoge Invasion der menschlichen Nasen von den Larven der Lucilia hominivorax erörtert.

In der Discussion theilten Penrose und Bevan Rake eine Anzahl einschlägiger Fälle mit, und Guthrie erwähnte in seiner Antwort, dass im Museum des College of Surgeons ein „Wurm" sich befinde, der aus dem Bein des berühmten Forschers Livingstone entfernt worden sei. SEMON.

25) **Blas. Fremdkörper in der Nase.** Dissertation. Strassburg 1892.

Bei einer 54jährigen Frau wurde ein Rhinolith aus der rechten Nasenhöhle entfernt, dessen Centrum durch einen in Form und Farbe gut erhaltenen Kirschkern gebildet war. SEIFERT.

26) **W. P. Northrup. Einleitung der Chloroformnarkose während des Schlafes; Entfernung eines Stiefelknopfes aus der Nase. (Induction of chloroform narcosis during sleep; removal of a shoe-button from the nose.)** *N.-Y. Med. Record. 19. November 1892.*

Ein Kind von 22 Monaten litt seit einiger Zeit an Ausfluss aus der Nase. Mittelst eines Escherich'schen Inhalators wurde Chloroform gegeben, ohne dass das schlafende Kind erwachte, und dann ohne Schwierigkeit ein Stiefelknopf aus der Nase entfernt. Soweit sich dies feststellen liess, war der Knopf mindestens 3 Monate in der Nase. LEFFERTS.

27) **Leitartikel. Massage bei Nasen- und Halskrankheiten. (Massage in diseases of the nose and throat.)** *Journal of Laryngology. Juni 1892.*

Der Verf. des Leitartikels beschreibt die Methode der Anwendung der Massage bei den Krankheiten der Nase und des Halses. Den Anlass dazu giebt ihm ein kleines Buch von Dr. A. Kellgren, das betitelt ist: „Die Technik der manuellen Behandlung." Der Artikel giebt einen Auszug aus diesem Theil des Büchleins. MACKENZIE JOHNSTON.

28) **Garnault. Die Vibrations- und electrische Massage der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. (Le massage vibratoire et electriqe des muqueuses du nez du pharynx et du larynx.)** *Sem. méd. August 1892.*

Der Verf. verwendet die Vibrationsmassage in der von Braun beschriebenen Weise mittelst des electrischen Stroms. Die indifferente Electrode wird am Nacken angesetzt, während der andere Pol mit einer Sonde verbunden [illegible]t einem salzwassergetränkten Wattebausch armirt und dann in Lanolin [illegible]t ist. Diese Behandlungsmethode giebt gute Resultate bei der Be-

handlung des Reflexasthma, beim chronischen Nasenrachencatarrh und bei der Ozaena. J. BARATOUX.

29) **W. H. Daly. Vibrationsmassage bei den Krankheiten der Nase und des Halses. (Vibratory massage in diseases of the nose and throat.)** *Med. Mirror. 1. Novemb. 1892.*

Diese Behandlungsmethode ist von grossem Nutzen, indem sie träge und indolente catarrhalische Gewebe zu gesunder Resorption anregt. D. beschreibt die Technik dieser Therapie. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **Percepied. Die Nasendouche und ihre Indicationen. (La douche nasale et ses indications.)** *Bulletin de la soc. de laryng. otol. et rhinol. de Paris. Sitzung vom 6. Mai 1892.*

Die eitrige Otitis media kann thatsächlich — wenn dies auch selten vorkommt — durch die Anwendung der Weber'schen Douche verursacht sein. Es sind deshalb von verschiedenen Autoren zahlreiche Modificationen dieser Douche angegeben worden, um diesem peinlichen Zufall vorzubeugen. In vielen Fällen ist diese Douche wirklich von grossem Nutzen, während sie in anderen kaum etwas zu leisten vermag. Der Verf. macht deshalb den Vorschlag, sie nur in solchen Fällen anzuwenden, wo ihr Nutzen grösser ist, als ihre Gefahren.

E. J. MOURE.

31) **G. G. Gradenigo** (Turin). **Ein Fall von Pseudophotestesie durch Tastempfindungen hervorgerufen. (Di un caso di pseudofotestesia di origine tattile.)** *Giorn. d. R. Accad. di med di Torino. 1892. No. 8—9.*

Ein 21jähriger Student, der an Hypertrophie der unteren Nasenmuschel litt, und deshalb einer chirurgischen Behandlung seitens G.'s unterzogen wurde, sah, jedesmal wo Instrumente aus der einen oder der anderen Nasenhöhle entfernt wurden, einen Blitz von stark rother Farbe vor den Augen. Die weitere Beobachtung der Erscheinung lehrte, dass der Pseudolichteindruck nicht etwa von der Berührung der tiefen Theile der Nasenschleimhaut, sondern bloss von dem plötzlichen Oeffnen der beiden Branchen des Nasenspeculums ausgelöst wurde.

A. TOTI.

32) **Em. Berger. Beziehungen der Krankheiten der Augen zu denen der Nase und der benachbarten Höhlen. (Rapports des maladies des yeux avec celles du nez et des cavités voisines.)** *Octave Doin édit. Paris 1892.*

Eine interessante Arbeit, die zeigt, wie oft die Tumoren und die Entzündungen der Nase auf das Auge eine Rückwirkung üben und wie oft andererseits die Tumoren der Orbita auf die Nasenhöhlen und Sinus übergreifen. Das Werkchen enthält mehrere Abbildungen im Text. E. J. MOURE.

33) **Ziem. Intraoculäre Affectionen in Folge von Erkrankungen der Nase. (Des affections intraoculaires consecutives aux maladies du nez.)** *Archives internat. de laringologie, d'otol. et de rhinologie. Bd. V. No. 5. 1892.*

Der interessante Fall betrifft einen Patienten mit einem ziemlich starken Exophthalmus, bei dem man hinter dem Augapfel einen Tumor von maligner Be-

schaffenheit vermuthete. In dem oberen Abschnitt der Nasenhöhle konnte man eine Geschwulst wahrnehmen, die wahrscheinlich mit der das Auge hervordrängenden identisch war. Das Gesichtsfeld war eingeengt. Z. machte eine Ausspülung der Nase, wobei sich eine grosse Menge Eiters entleerte. Danach wurde das Gesichtsfeld wieder nahezu normal. Der Verf. glaubt, dass die Gesichtsfeldbeschränkung bedingt war durch die Behinderung der Circulation in den Gefässen des Auges infolge der Anhäufung dieser Eitermassen in der Nase.

E. J. MOURE.

34) **G. W. Caldwell. Die Krankheiten der pneumatischen Höhlen der Nase und ihre Beziehung zu gewissen Augenaffectionen. (Diseases of the pneumatic sinuses of the nose and their relation to certain affections of the eye.)** *N.-Y. Medical Journal. 22. October 1892.*

C. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich mit der acuten eitrigen Entzündung dieser Höhlen und sieht in der Entzündung der Siebbeinzellen ein besonders für Asthenopie disponirendes Moment, während die Entzündung der Keilbeinhöhlen dazu neigt, die retrobulbäre Partie des Auges in Mitleidenschaft zu ziehen. Es scheint das angedeutete Gebiet bisher nicht mit ausreichender Sorgfalt studirt zu sein und bietet darum ein ausgezeichnetes Feld für weitere Untersuchungen.

LEFFERTS.

35) **P. C. Jensen. Krankheiten des naso-pharyngealen Abschnitts der Athemwege; ihre Beziehungen zu dem Allgemeinzustand und ihre schliessliche Wirkung auf diesen. (Diseases of the naso-pharyngeal portion of the respiratory tract; their relation to and ultimate effects upon the general health.)** *Journal Am. Med. Assoc. 22. October 1892.*

Intranasale Erkrankungen sind häufig die Ursache einer Reihe pneumatischer Störungen, die sich oft anatomisch weit von der primären Erkrankung entfernt entwickeln. Diese Secundärerkrankungen können aus directer Reizung und in der Continuität der Gewebe oder durch Reflexwirkung entstehen.

Als aus ersterer Ursache entstanden seien erwähnt der Catarrh der Tuba Eustachii, die acute catarrhalische Otitis media, die Pharyngitis, Bronchitis, Gastritis, Duodenitis etc. Zur zweiten Gruppe gehören die sogen. sensorischen, motorischen oder secretorischen Neurosen peripheren Ursprungs, wie das Nasen- oder Bronchialasthma, das paroxysmale Niesen, Heufieber, Asthenopie und die Neuralgien.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit in Königsberg.** *Therap. Monatsh. 1892. Heft 11.*

Bemerkungen zu dem Ziem'schen Aufsatz (August 1892, Ther. Monatsh.), die G.'s und Michelson's Auffassung jener Krankheit klarstellen sollen; sie halten dieselbe keineswegs für eine selbstständige Erkrankung der Bursa, subsumiren sie vielmehr dem Begriff des Retronasalkatarrhs.

A. ROSENBERG.

37) **Ziem** (Danzig). **Nochmals die sog. Tornwaldt'sche Krankheit und die Palpation des Nasenrachenraums.** *Therap. Monatsh. 1892. Heft 12.*

Auseinandersetzung mit Kafemann, in der Z. erklärt, keineswegs die post-

rhinoskopische Untersuchung als nutzlos zu verwerfen, aber der Palpation ein grösseres Terrain vindicirt, als es gemeinhin geschieht. Bezüglich der Tornwaldt'schen Krankheit ist er der Ansicht, dass 1) bei einer ausschliesslich örtlich behandelten Eiterung in der mittleren Pharynxspalte dauernde Erfolge bisher nur in sehr geringer Zahl erzielt worden zu sein scheinen; 2) Cysten im Recess. pharyg. med. zu erheblichen Beschwerden noch seltner Veranlassung geben; 3) in einem sehr bedeutenden Bruchtheile der als selbstständige Katarrhe des Recessus angesehenen und lange als solche behandelten Fälle das Vorhandensein einer Eiterung der Nase oder ihrer Nebenhöhlen gänzlich übersehen worden war.

A. ROSENBERG.

38) **Posthumus Meijes. Die Bedeutung des Recessus pharyngeus medius für die Diagnose und Therapie von bestimmten Abweichungen im Cav. pharyngonasale. (De beteekenis van den recessus pharyngeus medius voor de dignose en therapie van bepaalde afwijkingen in het cavum pharyngonasale.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Mittheilung in der Amsterdamer med. Gesellschaft. BAYER.

39) **C. P. Ambler. Hypertrophie der lymphatischen Drüsen des Rachens und Nasenrachenraums. (Hypertrophy of the lymphatic glands of the pharynx and naso-pharynx.)** *North Carolina Med. Journal. August 1892.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Bókai** (Budapest). **Lymphadenitis retropharyngealis bei einem 8 monatlichen Kinde, Suffocationserscheinungen, Tracheotomie, Heilung.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIII. 1892.*

Eine bestimmte Ursache für diese Lymphadenitis konnte nicht nachgewiesen werden. SEIFERT.

41) **O. P. Bennett. Hypertrophie der Rachentonsillen. (Hypertrophy of the pharyngeal tonsil.)** *Journal Am. Med. Assoc. 19. November 1892.*

B. benutzt die Gottstein'sche Curette. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **Rey. Beitrag zur Pathologie der Rachentonsille. (Contribution à l'étude de la pathologie de l'amygdale pharyngée.)** *Thèse de Bordeaux. 1892.*

Nach einer eingehenden Schilderung der adenoiden Vegetationen weist der Verf. die verschiedenen Ursachen nach, die zu entzündlichen Processen an diesen Geschwülsten Anlass geben können. Die Symptomatologie bespricht R. sehr kurz; die Behandlung besteht in der Operation. E. J. MOURE.

43) **Abbespy. Erscheinungen von Blutstauung und von catarrhalischer Conjunctivitis hervorgerufen durch adenoide Tumoren. (Tumeurs adénoides ayant provoqué des phénomènes de stase sanguine et de conjonctivite catarrhale.)** *Revue de laryngologie. Januar 1892.*

Verf. berichtet über einen Fall, der beweist, wie häufig und wie mannigfaltig die Complicationen der Adenoidgeschwülste besonders bei strumösen Personen sind. E. J. MOURE.

44) **Martha. Athemstörungen bei tracheotomirten Kindern mit adenoiden Tumoren. (Troubles respiratoires chez les enfants tracheotomisés et porteurs de tumeurs adenoides.)** *Revue de laryngologie. 1. Februar 1892.*

Verf. untersucht die Beziehungen, die zwischen den Adenoidgeschwülsten und den Anfällen von stridulöser Laryngitis bestehen bei Kindern, die tracheotomirt worden sind und denen man die Canüle zu entfernen sucht. Vor der Herausnahme der Canüle soll man die Vegetationen operativ entfernen.

E. J. MOURE.

45) **North. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations of the naso-pharynx.)** *International Méd. Magazine. Vol. p. 1167.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **Edmund Owen** (London). **Postnasale Geschwülste oder adenoide Tumoren. (Postnasal growths or adenoids.)** *Practitioner. März 1893.*

Ein Resumé über den Stand dieser Frage nebst ein paar Bemerkungen über die Gefahren, welche die Operation begleiten, und über die beste Lage, die man dem Patienten während der Operation giebt. MACKENZIE-JOHNSTON.

47) **C. Astier. Ein Fall von adenoiden Vegetationen bei einem 6wöchentlichen Kinde. (Observation de granulations adénoides chez un enfant de six semaines.)** *Bulletin et memoires de la société de laryngologie de Paris. No. 6. Juni 1892.*

Man sieht die adenoiden Vegetationen nicht mehr als eine Affection des mittleren Lebensalters an; man findet sie in jedem Alter, selbst bei Kindern von 6 Wochen, wie der vom Verf. mitgetheilte Fall lehrt. Die Geschwülste wurden entfernt und das Kind geheilt. E. J. MOURE.

48) **Pilliet** (Paris). **Ueber das Vorkommen von Riesenzellen in den adenoiden Vegetationen des Rachens. (Note sur la presence de cellules géantes dans les végétations du pharynx.)** *Société Anatomique de Paris. März 1892.*

In Verlaufe von Untersuchungen über die Struktur adenoider Vegetationen hat Pilliet in diesen Tumoren Elemente wahrgenommen, die zu der Aufstellung einer neuen Abart der adenoiden Vegetationen Anlass geben könnten.

Drei Mal unter zehn Fällen zeigten die Schnitte inmitten des entzündeten interfolliculären Gewebes ganz deutliche Riesenzellen von relativ erheblichem Umfange. Allein bei der Aehnlichkeit des normalen adenoiden Gewebes mit dem Bau der tuberculösen Granulationen wird nur die Impfung auf Thiere darüber Aufschluss geben können, ob die beobachteten Riesenzellen tuberculösen Charakters sind oder nicht. MENDEL.

49) **J. F. Klinedinst. Bericht über einen Fall von hereditärer Spätlues mit Veränderungen im Nasenrachenraum. (Report of a case of late hereditary syphilis with naso-pharyngeal lesions.)** *N.-Y. Med. Journal. 3. Dec. 1892.*

Veränderungen im Nasopharynx bei hereditärer Spätlues sind ungewöhnlich, sie „lenken oft zuerst die Aufmerksamkeit auf das Bestehen eines Krankheitszustandes, dessen einziger pathologischer Ausdruck sie sind.“ Der mitgetheilte Fall beweist die Wahrheit dieses Satzes und zeigt gleichzeitig, welche

Zerstörungen dieses Leiden in einem Zeitraum von 3 Jahren anrichten kann, wenn die Therapie nicht dagegen einschreitet. LEFFERTS.

50) **C. Compaired** (Madrid). **Ueber die durch Tonsillenhypertrophie und Nasenrachenadenome im kindlichen Organismus hervorgerufenen Störungen. (Perturbaciones y trastornos que la hipertrofia tonsilar y los adenomas nasofaringeos determinan en el organismo infantil.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1892. December.*

Ausführliche Bearbeitung des wichtigen Themas mit zahlreichen Literaturangaben. GONGORA.

51) **R. W. Seiss. Nasenrachenraumerkrankungen aus centralen vasomotorischen Ursachen. (Naso-pharyngeal lesions due to central vaso-motor causes.)** *Journal Am. Med. Assoc. 29. October 1892.*

S. berichtet über ein paar Fälle von Störungen in Nase und Hals, welche den Effekt einer „allgemeinen" Behandlung bei gleichzeitiger Anwendung milder lokaler Applicationen beweisen sollen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **C. Poli** (Genua). **Ueber die Ansatzstelle der Nasenrachenpolypen. (Sel luogo d'impianto dei polipi naso-faringei.)** *Boll. delle Mal. dell'Or., 1892. No. 11.*

Im Gegensatz zu dem, was die Nélaton'sche Schule angiebt, entsprang die von P. klinisch und auf dem Obductionstische beobachtete Geschwulst nicht nur von der Basis Cranii, sondern auch vom Inneren der Nasenhöhlen, und zwar vom hinteren Rande des Septums, vom hinteren Ende der mittleren und oberen Muschel, und vom hinteren Theile der Lamina cribrosa des Siebbeins. TOTI.

53) **St. Radziszewski. Grosser gestielter Nasenrachenpolyp. Vorfall in den Rachen. Erstickungsanfall. Entfernung vom Pharynx aus. Heilung. (Wypadniecie polipa znacznych rozmiarów z tylnej cresci przewadów nosowych do przetyku, chwilowy napad zaduszenia, wyciecie od strony gardta, wyzdrowienie.)** *Medycyna. 1892. No. 10.*

Der Titel deckt den Inhalt. Nach fünf Jahren kein Recidiv.

F. HERYNG.

54) **Bose. Nasenrachenpolyp der fossa pterygopalatina.** *D. m. W. 1892. No. 40.*

Keine Details. Demonstration in der medicinischen Gesellschaft in Giessen.

LANDGRAF.

55) **Van Campenhout. Tracheotomie; Ausschneiden und Ausreissen eines Nasenrachenpolypen. (Tracheotomie; excision et arrachement d'un polype nasopharyngien.)** *La clinique. No. 30. 1892.*

Der 16 ½ jährige Patient war vorher schon mehrfach operirt worden; der Tumor recidivirte immer wieder und wuchs schliesslich rapid heran.

Thiriar plante die Radicaloperation: Resection des Oberkiefers mit Unterbindung der Carotis externa, musste aber in Folge eines Erstickungsanfalls während der Chloroformnarkose die Tracheotomie vornehmen. Er spaltete nun das Gaumen-

segel und riss mit der Museux'sche Zange den Tumor vosichtig von seiner Implantationsstelle an der Basilarapophyse los; ein Theil wird mit der Scheere abgetragen; die andern theils in die Nebenhöhlen eingedrungenen, theils in der Fossa pterygomaxillaris sitzenden Theile werden absichtlich liegen gelassen, um eine spontane Rückbildung zu erzielen, wie sie zuweilen bei jungen Leuten beobachtet wurde.

Patient verlässt das Spital bedeutend erleichtert und soll sich nach einem Monat wieder vorstellen. BAYER.

56) **Freiherr v. Eiselsberg** (Wien). **Demonstration einer Frau mit fibrösen höckerigen Nasenrachenpolypen von Eigrösse, welche durch eine Brechbewegung willkürlich in den Mund dislocirt werden können. Durch Schluckbewegung geht der Polyp wieder zurück. Wenn der Polyp zu gross wurde, biss sich die Patientin selbst etwas davon ab. Jetzt will sie sich aber radical operiren lassen.** Demonstr. in d. Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 9. Dec. 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 50.*

Der Titel deckt den Inhalt. CHIARI.

57) **Oldright. Fibromyxom des Nasenrachenraums. (Fibromyxoma of the nasopharynx.)** *Canadian Practitioner. 16. Januar 1892.*

Verf. demonstrirte die Präparate und mikroskopischen Schnitte von einem Fall von Fibromyxom des Nasenrachenraums in der Pathologischen Gesellschaft von Toronto.

Die Geschwulst war mit grosser Mühe mittelst der Drahtschlinge abgetragen worden; bei der Operation war eine heftige Blutung eingetreten, wodurch die Aufmerksamkeit auf die sehr starken Gefässe, zumeist erweiterte Venen, sich lenkte, die sich durch die Geschwulst verzweigten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **P. Masucci** (Neapel). **Ein Fall von Sarcom des Nasenrachenraums, mit Pyoktanin behandelt. (Un caso di sarcoma del naso-faringe trattato con la pioctanina).** *Archivio internaz. delle Spec. med.-chirurgische. 1892. No. 6.*

Nach mehreren Pyoktanineinspritzungen in die Geschwulst hatte M. Erweichung und Schrumpfung derselben sicher constatirt, auch hatte Pat. eine Besserung der subjectiven Symptome verspürt. Nachdem derselbe aus Familiengründen einige Zeit der Behandlung ferngeblieben war, kam er wieder zu M. mit Exophthalmus und anderen Erscheinungen von Wucherung der Geschwulst in die Kopfhöhle hinein, die M. von jedem weiteren therapeutischen Versuch abhielten.

TOTI.

c. Mundrachenhöhle.

59) **W. Edmunds** (London). **Lipom der Lippe. (Lipoma of lip.)** *British Medical Journal. 10. December 1892.*

Demonstration des Präparats am 6. December 1892 vor der Pathological

Society of London. Lipome in dieser Situation sind ungemein selten, wie nicht nur aus den Angaben des Vortragenden hervorging, sondern auch in der Discussion bestätigt wurde. SEMON.

60) **Odenthal** (Waldbröhl). **Beitrag zur Statistik der Lippencarcinome.** Inaug.-Dissertation, Würzburg 1892.

Bericht über 46 Individuen mit Lippenkrebs, welche in der Trendelenburg'schen Klinik operirt wurden. 26 Exstirpirte blieben dauernd gesund, 8 Patienten bekamen Recidive, von 9 Pat. waren die späteren Schicksale nicht zu ermitteln, 3 starben recidivfrei an intercurrenten Krankheiten.

SEIFERT.

61) **F. J. Thornbury. Die Bakterien des Mundes. (The bacteria of the mouth.)** *Buffalo med. and Surg. Journal. Februar 1892.*

Von Interesse besonders für den Zahnarzt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **L. Bertschauski** (Orel). **Die Mundhöhle als Infectionsherd. (Polost rta kak otschag infectii.)** *Russ. Med. 1892. No. 27.*

Aufzählung der, in der Mundhöhle vorkommenden, Microorganismen und Anpreisung der strengsten Antiseptik beim Extrahiren der Zähne. LUNIN.

63) **Huguenin. Ulceröse septische Mundentzündungen und ihre Behandlung. (Stomatites ulcéreuses septiques et leurs traitements.)** *Concours médical. 1892. p. 342 und 354.*

Die einfachste und häufigste Form der ulcerösen Mundentzündung ist die herpetische Stomatitis, von der zwei Formen existiren: die discrete Form und die confluirende. Bei der ersten Form erscheinen auf der Schleimhaut rothe disseminirte Punkte, die bald blassgrauen Bläschen Platz machen; diese umgeben sich schnell mit einem rothen Hof, dann brechen sie auf und es entstehen rundliche oder ovaläre Ulcerationen, die sich mit einer graulichen oder gelblichen Pseudomembran bedecken. Die Heilung tritt nach 3—4 Tagen ein. Bei der zweiten Form bilden die aufbrechenden Bläschen weit ausgedehnte Ulcerationen mit geschweiften Rändern. Die Behandlung besteht in Mundspülungen mit Borax, Alaun, Citronensaft, Tannin und antiseptischen Mundwässern.

Die aphthöse Stomatitis: Diese Affection scheint vom Rinde zu stammen. Die lokalen Symptome sind ungefähr die gleichen, wie bei der confluirenden, herpetischen Stomatitis. Das salicylsaure Natron in concentrirter Lösung giebt überraschend gute und schnelle Resultate.

Die impetiginöse Stomatitis greift die Innenfläche der Lippen und gewisse Punkte der Mundschleimhaut an. Die opalen durchscheinenden Flecke sind nur bei auffallendem Lichte zu sehen. Dieselben werden dicker und ragen hervor, sie bekommen eine gelbliche oder grauliche Farbe. Gegen diese Stomatitis verordnet man ein tonisches Régime, Spülungen mit Chlor- oder Naphtholwasser.

Der Verf. bespricht dann die ulcerösen Stomatitiden bei Bronchopneumonie, bei Keuchhusten und Typhus, ferner die ulcerösmembranöse Stomatitis, die diphtheritische Stomatitis, die ulcerösen

Zahnfleischentzündungen, die Stomatitis bei den eruptiven Fiebern, die bei Skorbut, die gangränöse, die tuberculöse und die syphilitische Stomatitis, schliesslich die toxischen Mundentzündungen, alles Formen, von denen nichts Besonderes zu sagen ist.

H. resumirt: die ulcerösen Stomatitiden sind bakteriellen Ursprungs. Die beste Prophylaxe gegen dieselben besteht in häufigen Mundausspülungen mit antiseptischen Lösungen, denen man zweckmässig eine aromatische Substanz zusetzt (Naphtholwasser, Sublimat- oder Carbolwasser, Thymolwasser, mit Zusatz von Pfefferminzessenz od. and.). LUC.

64) **H. J. Garrigues. Stomatitis infolge von Reizung durch Epithelialperlen im Munde neugeborener Kinder. (Stomatitis due to irritation of epithelial pearls in the mouth of newborn children.)** *N.-Y. Med. Record. 1. October 1892.*

Eine kleine Epidemie von oberflächlichen Ulcerationen am Gaumen neugeborener Kinder, die im Maternity Hospital vorkam, gab den Anlass, alle Säuglinge, 52 an Zahl, sorgfältig zu untersuchen. 49 von diesen Kindern zeigten congenitale Epithelialperlen am Gaumen. 27 der Kinder war der Mund unmittelbar nach der Geburt und jedesmal nach dem Trinken mit der glatten Seite eines in gesättigter Borsäurelösung getränkten Leinwandläppchens ausgewaschen worden. Von diesen hatten 12 einen mehr oder weniger kranken Mund, die Ulceration ging stets aus von den Epithelialperlen. In den andern 25 Fällen war die Auswaschung des Mundes unterblieben; kein einziger von diesen zeigte eine Erkrankung des Mundes. Die Epithelialperlen sind kleine, weisse, globuläre Gebilde von der Grösse eines Stecknadelkopfes bis Hirsekorngrösse, sie liegen in der Raphe des Gaumens, mit Vorliebe an der Vereinigung von hartem und weichem Gaumen; sie kommen in einer Anzahl von einer bis zu fünf vor; ihre Aussenfläche ist hart, die innere Partie weicher. Sie liegen eingebettet in der Schleimhaut, zumeist bedeckt von einem Lager dichten Bindegewebes. Statt rundlich hervorzuragen, bilden sie manchmal eine weisse Linie von $^1/_2$ Zoll Länge in der Raphe.

Die Hauptmasse dieser Gebilde setzt sich zusammen aus Epithelzellen, die den Zellen der Mundschleimhaut gleichen. Die äusseren Schichten sind die jüngsten, sie haben eine polyedrische Form und einen Kern, die Zellen um das Centrum sind platt und haben den Kern verloren.

Aehnliche Bildungen finden sich zuweilen am freien Rande des Alveolarfortsatzes.

Die Epithelialperlen sind keine Retentionscysten, sondern sie kommen durch eine Inclusion von Theilen des Mundepithels zu Stande. Man findet sie sehr früh, bereits in der 8. Woche des fötalen Lebens, sie schwinden bei gesunden Kindern am Ende des zweiten Monats nach der Geburt; bei schlecht genährten Kindern erhalten sie sich länger.

Man findet diese Perlen gerade an dieser besonderen Stelle, weil der Gaumen aus zwei seitlichen Projectionen sich bildet, die sich allmählich in der Mittellinie, von vorn nach hinten zu, vereinigen.

Am Alveolarfortsatz ist ihr Vorkommen wahrscheinlich dadurch bedingt, dass die Wände der Zahnfurche über den Keimen der späteren Zähne zusammenwachsen.

Diagnose: Bednar'sche Aphthen bilden ähnliche oberflächliche Geschwüre, aber beginnen seitlich an der dem Hakenfortsatz des Keilbeins entsprechenden Stelle und sie sind gewöhnlich doppelseitig.

Behandlung. Die Epithelialperlen sind physiologische Gebilde und deshalb nicht zu behändeln. Wird der Mund überhaupt ausgewaschen, so soll dies mit reinem Wasser geschehen, mittelst eines weichen, ganz glatten Lappens und sehr vorsichtig, so dass das Epithel nicht verletzt wird.

Entsteht durch Aufreiben der Perlen eine Stomatitis, so ist die beste Therapie, die Ulcera erst mit Wasser, das mit ein paar Tropfen Essigsäure angesäuert ist, und danach mit Borglycerin zu bestreichen. Die Geschwüre heilen in 1—2 Wochen. LEFFERTS.

65) **E. Harrison Griffin. Schanker im Munde mit statistischen Bemerkungen und einem Bericht über 12 Fälle, davon drei Kinder einer Familie betreffend. (Chancre of the mouth, with statistics and a report of twelve cases, three occurring in children in one family.)** *N.-Y. Medical Report. 1. October 1892.*

D. giebt von den 12 Fällen nur kurze klinische Notizen, nur die 3, die in ein und derselben Familie vorkamen, behandelt er mit einer gewissen Ausführlichkeit.

Unter 1200 Fällen von Syphilis, die ihm zur Beobachtung kamen, fand G. 12, bei denen der primäre Schanker innerhalb der Mundhöhle lag. Von diesen 1200 Fällen zeigten 29 spezifische Entzündung, 488 Flecke auf der Schleimhaut, 155 oberflächliche Ulcerationen, 159 tiefere Geschwüre, 34 Nekrose der Knochen, 30 Verwachsung des Gaumens mit dem Rachen, 3 tertiäre Narben im Rachen, 2 Stomatitis mercurialis; 1 Schanker der Lippen, 65 Kehlkopfsyphilis und 222 eine Krankheitsform, die G. einfach als Syphilis des Halses classificirt. 762 Fälle betrafen männliche Individuen, 438 weibliche; 3 waren unter 10 Jahre alt.

G. ist dafür, dass ein Gesetz erlassen werde, nach dem die Untersuchung der Mundhöhle obligatorisch gemacht wird für alle Betriebe, deren Handelsartikel geeignet ist, ein syphilitisches Gift weiterzuverbreiten. Eine solche Untersuchung hätte in bestimmten Intervallen stattzufinden; die Verbreitung dieser Krankheit würde dadurch eingeengt werden.

Wer die Krankheit als eine schmutzige bezeichnet und sich für gesichert hält, handelt wie der Vogel Strauss, der den Kopf in den Busch steckt, wenn ihm eine Gefahr droht. LEFFERTS.

66) **du Castel (Paris). Vitiligo u. buccale Leucoplasie. (Vitiligo et leucoplasie buccale.)** *Bulletin medical. 14. Februar 1892.*

Die Vitiligo war bei dem in Rede stehenden Patienten in einem Alter von 3 Jahren aufgetreten in Folge eines Falles, bei dem die Zunge verletzt worden war. Die Zungenveränderungen traten im 8. Jahre auf, also in einem Alter, in dem die reizende Wirkung des Tabaks nicht verantwortlich gemacht werden

kann. Der Verf. fragt sich, ob nicht zwischen den beiden nebeneinander bestehenden Affectionen irgend eine Beziehung vorhanden sein sollte. LUC.

67) J. Stein. **Zur Behandlung der Ranula. (K letschenlju Gaguschetschjei opuholi.)** *Wratsch. 1892. No. 26.*

Ein Fall; Exstirpation der vorderen Wand, Ausschabung, Tamponade, Heilung. LUNIN.

68) **Rendu** (Paris). **Erysipel mit ungewöhnlichem Beginn, charakterisirt durch eine intensive Glossitis; Ausgang in Heilung. (Erysipèle à début insolite charakterisé par une glossite intense; guérison).** *France médicale, 15. Jan. 1892.*

Ein 23jähriger Mann mit vollentwickelten Zeichen einer secundären Syphilis erkrankte plötzlich mit heftigen Schluckbeschwerden und erheblicher Anschwellung der Zunge. Diese nahm in ihrer enormen Anschwellung fast die ganze Mundhöhle ein und ragte sogar nach vorn etwas über die Zahnreihen heraus. Ihre Oberfläche war bedeckt von einem häutigen entzündlichen Exsudat, in dem die bakteriologische Untersuchung grosse Mengen von Streptococcen nachwies. Es handelte sich danach wohl um eine secundäre Entzündung infectiöser Natur, die mit der Syphilis nichts zu thun hatte. Dieser Umstand erklärte auch zur Genüge den eigenthümlichen Verlauf der Complicatiou, den anfänglichen Schüttelfrost, die hohe Temperatur (39,5°) und die starke Abgeschlagenheit des Patienten.

Nach 2 Tagen erhebliche Besserung, Temperaturabfall, dann am Abend wieder heftiger Temperaturanstieg, erklärt durch das Auftreten eines Gesichtserysipels.

Es hatte also in diesem interessanten Falle das Erysipel zuerst in heftiger Weise die Zunge und den Hals befallen und war dann nach einer kurzen Abfieberung auf das Gesicht übergegangen. Das Erysipel entwickelte sich nachher weiter in normaler Weise und endigte in Heilung. MENDEL.

69) **A. Mc Shane. Enorme Hypertrophie der Zungentonsille mit chronischer interstitieller Entzündung der Epiglottis. (Enormous hypertrophy of the lingual tonsil with chronic interstitial epiglottitis.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. September 1892.*

Bericht über einen Fall, dessen Interesse darin liegt, dass anfänglich die Unterscheidung von primärer tuberculöser Laryngitis Schwierigkeiten bereitete.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **A. Chauveau. Einige Symptome infolge von Hypertrophie der vierten Mandel. (De quelques symptomes dus à l'hypertrophie de la quatrième amygdale.)** *Archives internat. de laringologie, de rhinolog. et d'otol. Bd. V. No. 5. 1892.*

Ch. bezieht sich auf einen Fall von Hypertrophie der Zungentonsille, bei dem schmerzhafte Krisen der ganzen Regio temporalis und cervicalis der einen Seite und gleichzeitig Zittern der oberen Extremität derselben Seite auftraten. Nach Cauterisation der vierten Tonsille hörten alle diese Symptome vollständig auf. E. J. MOURÉ.

71) **R. Wreden** (Petersburg). **Ein Fall von Macroglossia. (Slutschai macroglossii.)** *Wratsch. 1892. No. 17.*

Nach einer fieberhaften Krankheit begann bei einem 3 Jahre alten Mädchen die Zunge rasch zu wachsen, so dass sie nach einem Jahre um 9 cm die Zahnreihe überragte. Der Umfang betrug 14 cm. Die unteren Zähne stehen fast horizontal. Nach vorhergehender Umstechung der Gefässe im Mundtheil der Zunge, wurde das hervorragende Stück der Zunge abgetragen, Heilung. Das Mikroskop ergab eine starke Entwickelung des Lymphgefässsystems. LUNIN.

72) **Price-Brown. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Ontario Med. Journal. Vol. 1. p. 195.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **E. Obraszow** (Kasan). **Zwei Fälle von Tuberculose der Haut und des harten Gaumens mit Perforation desselben in einem Falle. (Dwa slutschaja bugor tschaki koschi slisistoi obolotschki twerdawo neba s probadeniem poslednjawo w odnom slatschaje.** *Wratsch 1892. No. 22 u. 23.*

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von tuberculösen Geschwüren des harten Gaumens, wo der tuberculöse Prosess sich auf die Nase, die Umgebung derselben und auf die Oberlippe ausgebreitet und in einem Falle zur Perforation des harten Gaumens geführt hatte. LUNIN.

74) **Alb. Ruault. Eine wenig bekannte Form von phlegmonöser Angina. (Sur une variété peu connue d'angine phlegmoneuse.)** *Arch. internat. de laringolog. d'otolog. et de rhinologie. Bd. V. No. 1 u. 2. 1892.*

Unter dem Namen der Periamygdalitis lingualis phlegmonosa beschreibt der Verf. eine Form der Angina, die das adenoide Gewebe der Zungenbasis afficirt. Die Symptome dieser Erkrankung sind von wechselnder Intensität; die Affection, die gewöhnlich in Heilung ausgeht, wird oft verkannt. R. berichtet über 6 Fälle, die er beobachtet hat. E. J. MOURE.

75) **Retterer** (Paris). **Das angiotheliale Gewebe der Mandeln u. der Peyer'schen Plaques. (Du tissu angiothélial des amygdales et des Plaques de Peyer.)** *Société de Biologie. 9. Januar 1892.*

Unter der Bezeichnung „angiotheliales Gewebe“ versteht Retterer das Gewebe der geschlossenen Follikel, die von Epithelzellen gebildet und von einer Bindegewebsschicht umschlossen sind, welche Lymph- und Blutgefässe durchziehen.

Die vorliegenden Untersuchungen führen R. zu folgendem Schluss: die Rundzellen, die Eigenelemente der Mandeln und der Peyer'schen Plaques stammen von Epithelzellen ab und sind wirkliche Drüsenzellen. MENDEL.

76) **Charles Eloy** (Paris). **Die Infection bei den acuten Mandelentzündungen. (L'infection dans les amygdalites aigues.)** *Revue gen. de clin. et thérap. 27. Februar 1892.*

Nachdem er dargelegt hat, dass die Kenntniss der infectiösen Mandelent-

zündungen bis in die Zeit vor der heutigen Bakteriologie zurückreicht, und nachdem er über die neueren Arbeiten über dieses Thema referirt hat, giebt E. eine tabellarische Uebersicht über diejenigen Formen der Tonsillitis, die sich klinisch von anderen unterscheiden durch ihr Incubationsstadium, ihren cyclischen Verlauf, die begleitenden Allgemeinerscheinungen, schliesslich durch das Auftreten von Symptomen in entfernten Organen (Leber, Milz, Nieren) und die bakteriologisch charakterisirt sind durch das Vorhandensein gewisser Bakterienarten in den exsudativen Producten (Streptococcen, Staphylococcen und Pneumococcen). Für die Behandlung empfiehlt E. locale und interne Anwendung antiseptischer Mittel. LUC.

77) **J. Aulde. Behandlung der Mandelentzündung. (Treatment of tonsillitis.)** *American. Therapist. November 1892.*

A. berichtet von einer jungen Dame, bei der die Anfälle von Mandelentzündung prompt beseitigt werden konnten durch Darreichung einer Lösung von 0,002 Quecksilberbijodid und 0,00015 Atropin. sulfur. in 120 Wasser, die erste Stunde 10minutlich ein Theelöffel voll, später 1stündlich gegeben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

78) **T. H. Pitchard. Die Behandlung der Mandelhypertrophie. (Treatment of hypertrophy of the tonsils.)** *Pittsburgh Med. Review. October 1892.*

Eine Uebersetzung des Artikels von Moure in dem Bulletin médical No. 69. 1892. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **Lord. Primäre Tuberculose der Tonsille, der Wange und der Lippen. (Primary tuberculosis of the tonsil, check and lips.)** *John Hopkins Hospital Bulletin. December 1892.*

Die Krankheit wurde irrthümlicherweise als Schanker angesehen; der Pat. hatte auch mancherlei syphilitische Symtome gehabt, wie rheumatische Schmerzen, Ausfallen der Haare etc.

Ein Schnitt durch die Haut ergab bei der mikroskopischen Untersuchung, dass es sich um Tuberkulose handele. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **P. Colombini** (Siena). **Primäres Mandelsyphilom. (Sifiloma primitivo dell' amigdale.)** *Rif. medica, 3. März 1892.*

Zwei Fälle aus der Klinik Barduzzi's. Die Arbeit hat ein ausschliesslich syphilidologisches Interesse. A. TOTI.

81) **S. H. Weeks. Sarcom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *Trans. Am. Surg. Assoc. Vol. X. p. 173. 1892.*

Behufs Exstirpation der sarcomatösen Tonsille giebt W. der Operation mittelst Spaltung der Wange hinten am Masseter und Bloslegung des Schlundes von der Seite aus den Vorzug. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Sedziak. Ein ungewöhnlicher Fall von Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcomata tonsillae dextrae. (Nie zwykty przypadek sarcomata multiplicia etc.)** *Gazeta lek. No. 44. 1892.*

Die Arbeit ist bereits in der Aprilnummer dieses Blattes (sub 79) referirt worden.

HERYNG.

83) **Beausoleil. Primärer maligner Tumor der rechten Mandel. (Tumeur maligne primitive de l'amygdale droite.)** *Journal de médicine de Bordeaux. 19. Juni 1892.*

Verf. beschreibt einen sehr interessanten Fall von primärer maligner Geschwulst der Mandel. Es handelt sich um einen Kutscher von 65 Jahren, einen kräftigen Menschen ohne hereditäre Belastung. Derselbe hatte nie an Anginen gelitten und nur einmal einen Tonsillarabscess gehabt, sonst nichts. Er war nicht syphilitisch, nicht Potator und rauchte nur wenig. Vor zwei Monaten hatte er einen Schmerz im Halse empfunden und als er sich selbst untersuchte, bemerkte er eine starke Schwellung und Röthung der rechten Mandel; die Schwellung derselben nahm zu und er suchte die Klinik auf.

Bei der Untersuchung des Halses constatirte man eine Geschwulst an dem Orte der rechten Mandel, welche die ganze rechte Seite des Rachens verdeckte. Hinten lehnte sich die Geschwulst an die Rachenwand an, allein wenn man sie berührte, konnte man sich leicht davon überzeugen, dass weder der hintere Gaumenbogen noch der Rachen selbst an derselben Theil haben. Der Tumor war etwa nussgross, unregelmässig gestaltet und blutete bei der leisesten Berührung. Der Athem war nicht foetid; kein Speichelfluss.

Am Kieferwinkel fühlte man zwei Drüsen, die sich leicht verschieben lassen. Der Allgemeinzustand war sehr gut, indess will Pat. in der letzten Zeit etwas abgemagert sein.

Die histologische Untersuchung steht noch aus, indess hält der Verf. die Geschwulst wegen ihres Aussehens, ihrer Consistenz, wegen ihrer Drüsenschwellungen und der anderen an dem Pat. beobachteten Symptome für ein Epitheliom.

E. J. MOURE.

84) **G. Poli** (Genua). **Die Massage bei einigen Halskrankheiten. (Il massagio in alcune malattie della gola.)** *Gazz. delgli Ospitali, 16. Juni 1892.*

P. hat im Ambulatorium von Masini die Massage in mehreren Fällen von chronischem Rachencatarrh angewandt, und, wenn auch nicht geradezu befriedigende, so doch ermuthigende Resultate erzielt. Bei Tonsillarhypertrophie waren die Resultate gleich Null. Bei 3 Fällen von acuter katarrhalischer Pharyngitis schien die Massage die Schluckbeschwerden zu mildern und den Krankheitsverlauf abzukürzen.

TOTI.

d. Diphtherie und Croup.

85) **N. Saharow** (Kasan). **Die Diagnose der Diphtherie vermittelst der bacteriologischen Untersuchung. (O rasposnowanii diphtherii po neatschiju bakteriologitscheskawo isledowanija.)** *Wratsch 1892. No. 21.*

Da das Erkennen der Diphtheritis mitunter Schwierigkeiten bereitet, so verlangt S., dass jeder verdächtige Pat. auf Löffler'sche Bacillen untersucht werde. Zugleich empfiehlt S. als Nährboden statt des schwierig zu bereitenden Blutserums hart gekochtes Hühnereiweis, auf welchem die Bac. sehr gut wachsen. Es giebt entschieden Anginen mit Belägen, die nicht diphtheritischer Natur sind, weshalb Verf. verlangt, dass nur Pat. mit Löffler'schen Bacillen auf die Diphtherieabtheilung aufgenommen werden sollten. Da der Löffler'sche Bac. sich auf saurem Boden schlecht entwickelt, so sind im Beginn der Krankheit saure Getränke sehr zu empfehlen. LUNIN.

86) **Redactionelle Notiz. Die Verbreitung der Diphtherie. (Thea spread of diphtheria.)** *Phila. Med. News. 3. Decemb. 1892.*

Rach den Beobachtungen, die in der vorliegenden Notiz erwähnt werden, scheint der Schluss gerechtfertigt, dass die meisten Fälle von Diphtherie bei ihrer Entlassung aus der ärztlichen Behandlung noch die Fähigkeit besitzen, die Krankheit weiter zu übertragen. Um zu entscheiden, ob diese Möglichkeit der Weiterverbreitung thatsächlich eine Rolle spielt oder nicht, wurde bei 21 von 24 Fällen nachgeforscht, ob einer von ihnen oder wie viele zum Herde einer Epidemie geworden sind. Nur in einem Falle liess sich constatiren, dass von ihm die Krankheit anderen mitgetheilt war. Wenn danach vielleicht auch die Wahrscheinlichkeit einer Verbreitung der Diphtherie durch den Reconvalescenten von dieser Krankheit nicht gross ist, so muss doch als practische Regel festgehalten werden, dass mit grösster Sorgfalt darauf zu halten ist, dass diese Personen nicht zu früh mit anderen Leuten verkehren dürfen und dass die Patienten noch eine geraume Zeit nach dem Verschwinden der Membran und aller anderen Krankheitssymptome fortfahren sollen, antiseptische Gurgelwasser zu gebrauchen. LEFFERTS.

87) **Debri. Die Uebertragbarkeit der Diphtherie. (Transmissibilité de la Diphthérie.)** *Arch. de méd. et pharm. milit. 1892. XIX. p. 204.*

Eine kleine Diphtheritis-Epidemie herrschte in der Garnison Sebdou; der Ursprung derselben liess sich leicht entdecken. Die beiden ersten Kranken gehörten zu einer Compagnie, die zwei Monate zuvor in Nemours Diphtherie gehabt hatte; von diesen wurden zwei andere Soldaten zweifellos angesteckt. Diese 4 Fälle lieferten einen Exitus. In der Redoute, wenige Schritte vom Lazareth entfernt, befand sich ein tiefer Hof mit Geflügel, dem ein Krankenwärter oft Futter streute. 10 Hühner dieses Hofes fielen krank um; sie zeigten weiss-graue Plaques an den Commissuren des Schnabels, am Gaumendach und im Rachen; die Nasenlöcher, aus denen ein ichoröses Sekret floss, bildeten an ihrer Um-

grenzung gelbliche Krusten; die Augen waren geschwollen, die Conjunctiven bedeckt mit einem dicken Exsudat, starke Niedergeschlagenheit u. s. w. Fünf von diesen Thieren erlagen einer zweifellosen Diphtherie. Zum Ueberschuss wurden noch 2 Köpfe dieser Hühner an Prof. Arloing gesendet, der ausdrücklich das Vorhandensein von Vogeldiphtherie bestätigte. Die Eigenthümerin des Hofes, die denselben öfters besuchte, öffnete den Schnabel der kranken Thiere, um die Membranen zu entfernen; auch sie erkrankte — Ende Februar — an Diphtherie. In der Zwischenzeit kam aus dem benachbarten El-Aricha ein Soldat, der sofort ins Lazareth überführt werden musste und der bald an Diphtherie starb: die Diphtherie herrschte zu dieser Zeit in El-Aricha unter den Hühnern, die kürzlich erst dort angekommen waren und die unterwegs eine Zeitlang auf dem inficirten Hofe von Sebdou aufbewahrt worden waren. LUC.

88) **Egidi** (Rom). **Ueber Aetiologie des primären Croups. (Sull' etiologia del croup primitivo.)** *Bollett. d. Soc. Lancisiana. 1892.*

Die Arbeit hat den Zweck, klinische Beweise dafür zu bringen, dass Croup und Diphtherie für ätiologisch identisch, und beide für gleich contagiös gehalten würden müssen. TOTI.

89) **X. Diphtherie im Metropolitan Asylum Board. (Diphtheria and the Metropolitan Asylum Board.)** *Lancet 12. November 1892.*

Eine Bemerkung über den Bericht des Gesundheitsbeamten der Anstalt; der Autor bespricht das Vorkommen der Diphtherie bei den Fällen von Scharlach.

MACKENZIE-JOHNSTON.

90) **Redactionelle Notiz. Diphtheritis und Pseudo-Diphtheritis. (Diphtheria and Pseudo-diphtheria.)** *Times and Register. 17. December 1892.*

Eine Erörterung über die Beziehungen zwischen Pseudo-Diphtherie und Diphtherie. „Die Sache liegt zur Zeit so: dass die Scharlachangina um so weniger der Diphtherie zugehört, je früher sie auftritt; und dass die schwereren Formen, die am 7. Tage der Erkrankung oder nach diesem eintreten, sowohl der wahren Diphtherie angehören können, für welche Masern wie Scharlach den Pat. prädisponiren, als auch ohne diese möglich sind. Doch ist die Neigung zur diphtheritischen Infiltration in solchen „pseudo-diphtheritischen" Fällen so gross, dass man keinen derartigen Pat. länger als 24 Stunden nach jeder gründlichen Untersuchung für sicher diphtheriefrei erklären kann, besonders wenn Diphtheritis in der Umgebung herrschte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **J. L. Morse. Diphtheritis. Tracheotomie. Verzögerung der Entfernung der Canüle. (Diphtheria — Tracheotomy — Delayed removal of tube.)** *Archives of Pediatries. December 1892.*

Krankengeschichte des Falles; die Canüle blieb 19 Tage liegen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **Basilio Imperiale** (Neapel?). **Croup und Diphtherie. (Croup e difteria.)** *Gli Incurabili, 1. October 1892.*

Pathologisch-anatomische Notizen, vom Verf. während seiner Studienzeit bei den Vorlesungen Prof. Schrön's zusammengestellt. TOTI.

93) **Fajarnés** (Madrid). **Zur Diphtherie (Difteria.)** *Revista de especialidades médico-quirúrgicus. 1892. November.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

94) **H. Hochhaus** (Kiel). **Ueber diphtherische Lähmungen.** *Virch. Arch. 124. 1891.*

Die von H. untersuchten Kranken litten alle an den gewöhnlichen Gaumen-, Schlund- und Kehlkopflähmungen und an auffallender Herzschwäche. Er fand in den gelähmten resp. paretischen Muskeln eine ausgesprochene Entzündung, die sich vorwiegend im Zwischengewebe localisirt, aber auch an den Fasern selber deutlich nachweissbar ist. Eine geringe interstitielle Entzündung der Nerven ist gleichfalls vorhanden; dagegen sind die Centralorgane normal.

A. ROSENBERG.

95) **W. J. Wade** (Birmingham). **Blasenpflaster bei der Behandlung der diphtherischen Lähmung. (Blisters in the treatment of diphtherial paralysis.)** *Brit. Med. Journal. 26. November 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber macht W. auf 5 Fälle aufmerksam, die er in der angegebenen Weise mit Erfolg behandelt hat (cf. Journal. 1875).

MACKENZIE-JOHNSTON.

96) **B. W. Richardson** (London). **Bemerkungen über das Wasserstoffsuperoxyd bei der Diphtherie. (Note on peroxide of hydrogen in diphtheria.)** *Medical Press. 9. November 1892.*

Der Verf. stimmt mit Williams (Boston) in der Werthschätzung einer 30 volum. Lösung dieses Mittels bei der Behandlung der Diphtherie überein; er fügt indess die Warnung hinzu, diese starke Lösung niemals anzuwenden ausser auf offenen Oberflächen. In manchen Fällen von Abscess etc. fand R. eine 10 volum. Lösung für vollständig stark genug. MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **Redactionelle Bemerkung. Wasserstoffsuperoxyd bei Diphtherie. (Hydrogen peroxide in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 3. December 1892.*

Ein Auszug aus dem Artikel von Richardson in der Med. Press und Circular vom 9. November 1892. LEFFERTS.

98) **Ozegowski. Recept gegen Diphtheritis. (Application in diphtheria.)** *Phila. Med. News. 17. December 1892.*

Rp. Ac. carbol. cryst.
Ac. citr. crystal. aa . 0,9
Tct. Jodi . . - . . . 1,0
Cognac 30,0

M. D. S. Zur localen Application 2—3 stündlich. LEFERTS.

99) **E. Sattler. Ueber die Resultate der Tracheotomie bei Croup u. Diphtherie.** Statistik aus der Heidelberger chirurg. Klinik vom 1. Juli 1880 bis 31. December 1889. *Beitr. z. klin. Chirurgie. VIII. 1892.*

Von 156 Tracheotomirten wurden geheilt 51,3 pCt. und starben 48,7 pCt.

Von den Geheilten waren 9 bei den durchschnittlich am 17. Tage entlassenen Kindern noch mit einer Nachkrankheit behaftet (3 mal Stimmband- oder Gaumensegellähmungen). Die Sterblichkeit war am grössten im ersten Jahr und wurde ziemlich gleichmässig von Jahr zu Jahr geringer. A. ROSENBERG.

100) **G. Sacchi** (Venedig). **Einige Fälle von Tracheotomie. (Alcuni casi di tracheotomia.)** *Riv. veneta di sc. mediche, 1892, H. III.*

12 pCt. Heilungen. Empfehlung der frühzeitigen Operation. TOTI.

101) **D. Baiardi** (Florenz). **Beitrag zur Statistik der Tracheotomie. (Contributo alla statistica della tracheotomia.)** *Arch. ital. di Pediatria, 1892, Heft 3 und 4.*

115 Fälle, mit 39,13 pCt. Heilungen. Die Arbeit enthält interessante Betrachtungen über eine Menge klinischer und pathologischer Fragen, die sich mit diesen Fällen verknüpfen, über technische Ausführung der Tracheotomie, Nachbehandlung, Schwierigkeiten des Decanulements, Todesursachen u. s. w.

TOTI.

102) **Demetrio Gallati** (Wien). **O'Dwyer's Intubation als Ersatz für die Tracheotomie bei der diphtheritischen Larynxstenose.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1892. No. 46.*

Nach kurzer Auseinandersetzung über die Intubation bespricht G. besonders ihre Anwendung ausser dem Spitale. Er hält dieselbe meistens für durchführbar, da üble Ereignisse, welche die Gegenwart eines Arztes erfordern, nur selten sind. So führte er sie bei 4 Kindern in der Wohnung durch und musste sie nur 2 mal täglich besuchen. Assistenz hatte er keine. 2 Fälle heilten, 2 starben, einer jedoch an einer Nachkrankheit, nachdem die Stenose schon beseitigt war.

CHIARI.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

103) **M. Scheier. Ein Fall von Verletzung der Halswirbelsäule; eine Studie über die Beziehungen des Kehlkopfs zur Wirbelsäule. (Un cas de blessure de la colonne cervicale. Etude des rapports du larynx et de la colonne vertebrale.)** *Archives internat. de laringologie, de rhinol. et d'otologie. Bd. 5. No. 5. 1892.*

Aus Anlass eines Falles von tödtlicher Fractur der Halswirbelsäule mit Autopsie untersucht der Verfasser die Beziehungen des Kehlkopfes zu den Halswirbeln. Er führt die Ansicht verschiedener Autoren über diese Frage an und schliesst aus seiner eigenen Beobachtung, dass der Arytaenoidknorpel dem 5. Halswirbel entspricht. E. J. MOURE.

104) **T. P. Anderson Stewart** (Sydney). **Ueber den Mechanismus des Kehlkopfverschlusses. Eine vorläufige Mittheilung. (On the mechanism of the closure of the larynx. A preliminary communication.)** *Proceedings of the Royal Society. Vol. 50. 1892.*

Diese Studie, welche auf physiologische und pathologische Untersuchung am Menschen, sowie auf zahlreiche Thierexperimente gegründet ist, eignet sich durchaus nicht zu einem Referat und muss im Original studirt werden. Der Kernpunkt der Ausführungen des Verfassers ist der, dass er der Epiglottis durchaus keine bedeutsame Rolle beim Abschluss des Vestibulum laryngis während des Kehlkopfschlusses zuerkennen will, und vielmehr der Meinung ist, dass letzterer ausnahmslos durch die Berührung der Giessbeckenknorpel mit einander, und mit einem Theil der vorderen Kehlkopfwand zu Stande kommt. Wie die letztgenannte Berührung erzielt würde, hänge von den anatomischen Verhältnissen der Theile bei verschiedenen Thiergattungen ab, und sei Veränderungen unterworfen.

SEMON.

105) **A. Toti** (Florenz). **Bedeutung einer frühzeitigen und bestimmten Ortsdiagnose und chirurgischer Behandlung bei den durch Glottisödem complicirten extralaryngealen Eiterungen. (Importanza di una pronta e precisa diagnosi di sede ed interrento chirurgico nelle suppurazioni estralaringee complicated da edema della glottide.)** *Sperimentale, 1892, Memorie Originali. Heft 2.*

Ein 19jähriges Mädchen, das an einer durch Zahncaries bedingten, acuten, ganz umschriebenen intracapsulären, eben beginnenden Eiterung einer Lymphdrüse der Regio carotidea litt, bot die Erscheinungen eines drohenden Glottisödems. Die Ortsdiagnose war sehr schwierig wegen der tiefen Lage und der engen Begrenzung des entzündlichen Herdes. Es war möglich, trotz der durch die Tiefe des Uebels und die drohende Asphyxie bedingten grossen Schwierigkeiten, die erkrankte Drüse von der Regio carotidea aus herauszuschälen, und die Tracheotomie zu umgehen. Es trat sofort nach der Operation dauernde Athmungserleichterung ein. Die Wunde schloss sich per primam. — Aus dem Studium dieses Falles zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. Das Glottisödem kann durch eine tiefe isolirte Adenitis cervicalis suppurativa profunda bedingt sein, auch bevor die Eiterung die Drüsenkapsel durchbrochen hat, ja auch wenn sie noch auf eine kleine Portion des Drüsenparenchyms beschränkt ist.

2. Die Orts- und Artdiagnose kann in solchen Fällen ungemein schwierig sein, abgesehen von den Schwierigkeiten der Rachen- und Kehlkopfuntersuchung. Sie stützt sich einerseits auf die Ausschliessung jeder primären Krankheit letzterer Organe, sowie anderer entfernterer und seltenerer Ursachen des Kehlkopfödems, andererseits auf die sorgfältige Aufsuchung des existirenden Entzündungsherdes von der äusseren Halsfläche aus, und womöglich durch die combinirte äussere und innere Digitaluntersuchung.

3. Die Behandlung darf nur eine chirurgische sein; sie hat die Aufgabe, indem man die Tracheotomie möglichst umgeht, auf den Entzündungs- resp. Eiterungsherd direct loszugehen.

4. Ist der gefundene Eiterherd streng von der Drüsenkapsel umgrenzt und ist keine secundäre Cellulitis da, so liegt die Indication vor, den Abscess nicht zu eröffnen, sondern die ganze Drüse herauszuschälen. Man darf dann, wie im vorliegenden Falle, auf eine per primam-Heilung der gesetzten Wunde rechnen.

Autoreferat.

106) **A. Toti** (Florenz). **Zwei Fälle von Larynxexstirpation. (Due casi di estirpazione del laringe.)** *Sperimentale, 1892, Mem. originali. Heft 5—6.*

Der erste Fall betrifft eine 66jährige Frau, die an einem mikroskopisch diagnosticirten kleinen Epitheliom des linken Stimmbandes litt. Tiefe Tracheotomie; unvollständige halbseitige Kehlkopfexstirpation; der linke Aryknorpel, die ganze Interarytänoidalschleimhaut, Epiglottis und Ringknorpel konnten geschont werden. Die Frau, jetzt seit 22 Monaten operirt, ist ganz gesund, ohne Zeichen von Recidiv.

Zweiter Fall: Grössere Entwickelung der Geschwulst. Vollständige Exstirpation, ohne Zwischenfälle. 30 Stunden nach der Operation auf einmal ausserordentliche Erhöhung der Pulsfrequenz (160—180—200 Pulse). Nichts vermochte die Tachycardie auch nur um ein Geringes zu vermindern. Tod nach weiteren 26 Stunden unter den Erscheinungen der Herzlähmung. Bei der Leichenuntersuchung Nichts, woraus man auch nur entfernt die Todesursache hätte erklären können.

Die von Prof. Störk zur Erklärung des Herztodes nach Kehlkopfexstirpation aufgestellte Hypothese scheint dem Verfasser unhaltbar zu sein, da sie auf unrichtigen anatomischen, physiologischen, klinischen und chirurgischen Voraussetzungen beruht. Schon die oberflächliche Betrachtung seines Falles, wo sich die die Tachycardie erst 30 Stunden post operation. auf einmal einstellte, zeigt, dass von der Durchschneidung irgend eines herzdeprimirenden Nerven während der Operation keine Rede sein konnte. (Man vergleiche auch: Grossmann, Erklärung des Herztodes nach Larynxexstirpation, Wiener med. Presse, 1892. No. 44, 45 u. 46; Toti, Ueber Tachycardie nach Kehlkopfexstirpation, Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 4.)

Autoreferat.

107) **Heymann. Fractur des Ringknorpels.** *Münch. med. Woch. No. 44. 1892.*

Fall von Fractur des Ringknorpels, der in 12 Tagen heilte und ein Unicum vorstellt.

SCHECH.

108) **Cavazzani** und **Stefani** (Padua). **Die Nervenendigungen der Larynxmuskeln beim Pferde. (Le terminazioni nervose dei muscoli laringei nel cavallo.)** *Arch. per le sc. mediche. 1892. Vol. XVI. Heft 1.*

Verff. haben zahlreiche histologische Untersuchungen über Kehlkopfmuskeln und ihre Nervenendigungen angestellt, indem sie zuerst Muskeln verschiedener Thierklassen (Hund, Kaninchen, Pferd), dann Muskeln aus verschiedenen Körperstellen des Pferdes, mit besonderer Berücksichtigung des Crico-thyreoideus, mit Hilfe der verschiedensten Färb-, Isolir- und Reductionsmethoden vergleichend studirten. Sie haben keinen morphologischen Unterschied gefunden.

Nur haben sie constatirt, dass die Zahl der Nervenendigungen im Crico-thyreoideus viel kleiner ist, wie in den anderen Kehlkopfmuskeln; und weiter, dass die von Pineles beschriebene, in einer, abwechselnd helleren und dunkleren, streifigen Färbung bestehende Reaction auf die Farbmittel, oft auch bei ganz normalen Larynxmuskeln (des Pferdes) zu beobachten ist; letztere Reaction ist daher als eine zufällige, wenigstens von der Durchschneidung des N. laryng. sup. unabhängige Erscheinung zu betrachten. TOTI.

109) J. Katzenstein (Berlin). **Ueber die Innervation des M. crico-thyreoideus.** *Virch. Arch. 130. 1892.*

K. kommt auf Grund seiner sorgfältigen Untersuchungen beim Kaninchen und Hunde zu folgenden Schlüssen:

Auch an normalen Kehlkopfmuskeln findet sich oft Schwund der Querstreifung und körnige Auflagerung.

Die Durchschneidung des N. laryng. sup. hat eine theilweise, keine völlige Atrophie des gleichseitigen M. crico-thyreoid. zur Folge.

Die Durchschneidung des N. pharyng. med. e vago hat eine beträchtliche, aber keine vollständige Atrophie der gleichseitigen Pharynxmuskulatur zur Folge; der M. crico-thyreoid. ist normal.

Die Durchschneidung beider NN. pharyng. lässt kein genaues Urtheil bezüglich der Muskeldegeneration zu, da die Thiere zu rasch sterben.

Die Durchschneidung des Laryng. sup. und Pharyng. med. einer Seite bedingt eine theilweise Atrophie des gleichseitigen M. crico-thyreoideus und der gleichseitigen Pharynxmuskulatur.

Es tritt nach Exstirpation oder Durchschneidung von Kehlkopfnerven eine totale Atrophie der zugehörigen Muskeln nicht ein.

Ein N. laryng. med. im Sinne Exner's existirt überhaupt nicht; vielmehr ist der betreffende Nerv beim Hunde der N. pharyng. med. e vago, beim Affen der N. pharyng. med. e vago et sympathico. A. ROSENBERG.

110) J. Dionisio (Turin). **Experimenteller Beitrag zur Physiopathologie des N. recurrens. (Contributo sperimentale alla Fisiopatologia del ricorrente.** *Arch. ital. di Laringologie, Genn. 1892.*

Aus seinen, im pathologischen Laboratorium des Ospedale Mauriziano angestellten Experimenten zieht D. den Schluss, dass ein gradueller, continuirlicher, auf den Recurrens ausgeübter Druck die Adductionsstärke des Stimmbandes herabsetzt, statt zu erhöhen; dass daher die Adduction nicht durch spastische Contraction der Adductoren, sondern durch Lähmung des Posticus, bei theilweiser Erhaltung der Adductorenfunction, bedingt wird (Rosenbach-Semon'sche grössere Vulnerabilität der Abductorfasern). TOTI.

111) S. J. Meltzer (New York). **Die athemhemmenden- und anregenden Nervenfasern innerhalb des Vagus in ihren Beziehungen zu einander und zum Athemmechanismus.** *Arch. f. Physiol. 1892.*

Die Resultate seiner Versuche und seine auf dem eingehenden Studium dieser Frage beruhenden Anschauungen fässt M. in seiner umfangreichen, gedie-

genen Arbeit in folgende Sätze zusammen: „Das neugeborene Thier hat durch Ererbung erworbener Eigenschaften ein für periphere Reize sehr empfindliches, rythmisch reagirendes Athemcentrum, das jedoch für Inspiration erregbarer ist als für Exspiration. Die erste Inspiration entfaltet indess die Lunge, wodurch nunmehr ein sich selber regulirender Athemmechanismus entsteht, der alle nöthigen Reize in rythmischer Weise mit grosser Pünktlichkeit besorgt, und somit wird der Rythmus in specifischer Weise ausschliesslich von der Lunge controlirt. Alle anderen von der Peripherie den Centren zufliessenden Reize kommen den Lungenreizen gegenüber normalerweise fast gar nicht zur Geltung. Erst bei Ausschaltung der Lungennerven treten die anderen reizführenden Nerven in ihre Rechte ein. Die Reizung selber geschieht jetzt freilich nur sehr wenig oder gar nicht rythmisch. Der Rythmus kommt jetzt zu Stande nur durch die angeborene und von neuem durch die rythmische Lungenthätigkeit verstärkte rythmische Organisation des Athemcentrums, in Verbindung mit einem den Rythmus stützenden Mechanismus, der auf gewisse Verschiedenheiten der Erregbarkeit der Inspirations- und Hemmungsorgane beruhen mag. — Das Blut aber controlirt die Erregbarkeit und beherrscht dadurch die Athmung gerade so viel, als wenn es allein die Erregung der Centren besorgen würde:" Näheres s. im Original.

A. ROSENBERG.

112) **Joal. Der Mechanismus der Athmung bei Sängern. (Du mechanisme de la respiration chez les chanteurs.)** *Revue de laryngol. p. 225, 271, 292. — 1892.*

Mit Hülfe der spirometrischen Untersuchungsmethoden studirt der Verf. die verschiedenen Athmungstypen: den claviculären, den costalen und den abdominalen beim Mann und bei der Frau. Er glaubt, dass man beim Gesange hauptsächlich die costale Athmung ausüben muss, welche die Brust erweitert und die vibratorischen Bewegungen begünstigt und darum die am meisten physiologische und von Sängern auch am meisten benutzte Athmungsmethode ist.

E. J. MOURE.

113) **H. Higier. Einige Bemerkungen über Balbuties hysterica. (Kilka stów o jakaniu hysterijcznem).** *Gazeta lekarska. 1892. No. 39.*

In der entsprechenden Literatur findet Verf. nur vereinzelte Fälle der oben erwähnten Sprachstörung.

Nach ausführlicher Besprechung eines diesbezüglichen Falles, erwähnt Verf. die Symptomatologie und Entstehung dieser Störung.

Balbuties hysterica hat Verf. beobachtet, 2mal bei gewöhnlicher Hysterie und einmal bei Tabes dorsalis, complicirt mit Hysterie. Der erste, welcher auf diesen Zustand aufmerksam machte, war Charcot, nach dessen Angaben diese Sprachstörung entweder der Hysterie vorangeht, oder nach hysterischem Mutismus eintritt. Balbuties hysterica sah man auch auftreten nach moralischen deprimirenden Einflüssen. Sie besteht entweder in der Unmöglichkeit der Aussprache gewisser Buchstaben, resp. gewisser Silben, manchmal ganzer Worte. In einigen Fällen sind Bewegungsanomalien der Zunge, der Kaumuskeln und des Kehlkopfes beobachtet worden. Der Fall, den Verf. in Dr. Gajkiewicz' Abtheilung beob-

achtet hat, betraf eine 21jährige verheirathete Frau, die nach im 10. Lebensjahre überstandenem Typhus an nervösem Erbrechen litt und bei der später Anfälle von Bewusstlosigkeit sich einstellten.

Nach einem Diätfehler mit consecutivem Erbrechen traten plötzlich paretische Symptome der unteren Extremitäten und vollständige Aphasie auf. Die letztere ging später in Stottern über. Unter Wirkung der Hypnose besserte sich dieser Zustand, um später erneuerten Sprachstörungen, Erbrechensanfällen und neuralgischen Schmerzen in den Füssen Platz zu machen. Im weiteren Verlauf wurden noch von Zeit zu Zeit auftretende linksseitige Krämpfe der Zunge und Hemispasmus glosso-facialis beobachtet, neben anderen temporär auftretenden nervösen Erscheinungen. LUBLINER (HERYNG).

114) **S. B. Straley. Keuchhusten. (Pertussis.)** *Trans. Med. Soc. New Jersey. 1892. p. 147.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) **H. Gillet. Die Behandlung des Keuchhustens im Jahre 1892. (Les traitements de la coqueluche en 1892.)** *Revue gén. de Clin. et therap. 10. Februar 1892.*

Ein Exposé über die verschiedenen Behandlungsmethoden, die man in den verschiedenen Ländern gegen diese Krankheit übt. LUC.

116) **Pérer Valdés** (Madrid). **Behandlung des Keuchhustens. (Tratamiento de la coqueluche).** *Anales de Obstetricia, Ginecopatias y Pediatria. 1892. März.*

Anfang März im Madrider allgemeinen Krankenhause vom Vorsteher der Poliklinik für Kinderkrankheiten gehaltener Vortrag, in dem sich alles bis dahin empfohlene, bis zu den Flusssäureinhalationen, vereinigt findet. GONGORA.

117) **R. S. Patterson. Gegen Keuchhusten. (For whooping-cough).** *Times and Register. 31. December 1892.*

℞	Extr. Scutellar. fluid. . .	8,0
	Ammon. chlor.	4,0
	Pulv. Cinchonae rubr. . .	4,0
	Spirit. Ammon. aromat. .	4,0
	Spirit. Gaultheriae . . .	1,0
	Spir. Frumenti opt. . .	30,0
	Mel. despumat.	15,0
	Aquae. q. s. ad . . .	120,0

M. d. S. 15 Tropfen bis 4 um (je nach dem Alter des Kindes) 4mal am Tage. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Ruault. Der Kehlkopfschwindel und der Ictus laryngis. (Le vertige laryngé et les ictus laryngés.)** *Soc. méd. du IX. arrondissement. Bullet d. l. Société. 1892.*

Man muss den symptomatischen Ictus laryngis unterscheiden von dem Kehlkopfschwindel Charcot's. — Die Epilepsie mit Kehlkopfaura entwickelt sich unter der Form des Schwindels oder des Krampfs, die Attaque selbst aber hat

ihre besondere Physiognomie, die ihre eigentliche Natur enthüllt. Bei den Personen, die an Anfällen von Glottiskrampf leiden, welcher ganz unabhängig ist von einer Veränderung im nervösen Apparat des Kehlkopfs, sieht man häufig genug den Anfall plötzlich im Moment seiner Akme mit einem apoplectischen Ictus endigen, aber nach Verlauf weniger Secunden kommt der Kranke wieder völlig zu sich. Es handelt sich in diesen Fällen um eine bulbäre Ausfallserscheinung peripheren Ursprungs, bedingt durch eine Reizung der sensiblen Nervenendigungen im Kehlkopf, die durch den Vagus auf die Medulla oblongata übertragen wird.

Bei den Tabikern kann der Kehlkopfictus verschiedene Formen annehmen: er kann einem Anfall von Glottiskrampf mit stridulösen Symptomen sich anschliessen oder aber nach einigen heftigen andauernden Hustenstössen sich einstellen. In anderen Fällen endlich unterscheidet sich der tabische Ictus in nichts von dem isolirten Kehlkopfschwindel. Eine andere Form des Ictus wird bei den Patienten mit organischer Erkrankung des Kehlkopfs beobachtet. In derartigen Fällen ist der Ictus besonders schwer: der plötzliche Exitus ist seine verhängnissvolle Folge.

In den Fällen von Charcot'schem Kehlkopfschwindel geht dem Ictus constant ein Reizgefühl im Bereich des Kehlkopfs voraus und der Kranke beginnt vor dem Fallen stets zu husten. In der grossen Mehrzahl aller Fälle aber bleibt der Ursprung der sensiblen Störung im Larynx problematisch.

J. BARATOUX.

119) **J. E. Newcombe. Bericht über einen Fall von Kehlkopfschwindel. (Notes on a case of laryngeal vertigo.)** *N. Y. Med. Journal. 10. September 1892.*

Die Krankengeschichte eines Falles, der einen 40jährigen Mann betraf. Der Erfolg der Behandlung war augenscheinlich negativ. Die stärksten Anfälle traten gerade während der rigorosen Behandlung, die 4 Wochen lang systematisch durchgeführt wurde, auf und die Krankheit schien später spontan nachzulassen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Goris. Ein Fall von Muskelrheumatismus des Kehlkopfs mit Glottiskrampf geheilt durch die Tracheotomie. (Un cas de rheumatisme musculaire du larynx avec spasme de la glotte; tracheotomie; guerison.)** *Revue internationale de rhinologie, laryngologie etc. No. 6. Juni 1892.*

Der Kranke zeigte eine Schwellung der Stimmbänder bei einer fortwährenden halben Spannung derselben. Der Verf. erörtert die Diagnose des Falles und glaubt, dass man es mit einer doppelseitigen rheumatischen Arthritis oder besser gesagt mit einem Rheumatismus der Erweiterungsmuskeln des Kehlkopfs zu thun habe. Es wurde die Tracheotomie gemacht und der Kranke kam zur Heilung.

E. J. MOURE.

121) **Jules Comby (Paris). Craniotabes oder Occiput molle. (Craniotabes ou occiput mou.)** *Société médicale des hopitaux de Paris. 18. März 1892.*

Elsässer, der diese Krankheit als Erster beschrieb, stellte einen Zusammen-

hang fest zwischen der Erkrankung des Schädels und dem Glottisspasmus oder Asthma thymicum, die man gerade bei Individuen desselben Alters trifft.

Kassowitz schliesst sich in seinem jüngst erschienenen Buche dieser Anschauung an.

Comby, der über zahlreiche Erfahrungen auf diesem Gebiete verfügt, hält diese Aufstellung eines Zusammenhanges zwischen Craniotabes und Glottiskrampf nicht für berechtigt. MENDEL.

122) **H. B. Palmer. Laryngismus stridulus. (Laryngismus stridulus.)** *Trans. Marin. Med. Assoc. 1892. Vol. 11. p. 193.*

Der Fall wurde mit Antipyrin behandelt, 4stündlich ein Decigramm.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **S. S. Adams. Ein Todesfall infolge von Laryngismus stridulus bei beginnender Rachitis. (Case of death from laryngismus stridulus in incipient rachitis.)** *Archives of Pediatrics. December 1892.*

Vortrag gehalten in der Amerikanischen Pädiatrischen Gesellschaft. Der kleine Patient war 4 Monate alt und war plötzlich, nachdem er schon mehrere Anfälle gehabt hatte, unter den Symptomen der Strangulation verstorben. A. stellte fest, dass diese Complication eine ungewöhnliche ist; bei 173 Fällen von Rachitis, die er im Kinderkrankenhause behandelt hat, war sie nicht vorgekommen.

In der Discussion weist Jacobi ebenfalls darauf hin, dass der Tod durch Laryngismus stridulus sehr selten ist. Er denkt, dass die Todesursache in diesem Falle vielleicht das Zurückfallen der Zunge war.

Koplik möchte den Tod auf Schwellung der Thymusdrüse zurückführen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **Brück** (Pest). **Ueber Intubation bei schwerem Laryngospasmus.** *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 30.*

Es gelang ihm in einem schweren Falle die Erstickungsgefahr zu beseitigen, indem er die Tuben einführte und längere Zeit, ja einmal sogar $16^1/_2$ Stunden liegen liess. Die Intubation wurde gut ertragen und verhinderte durch die darauf folgende Parese der Glottisschliesser den krampfigen Verschluss der Stimmritze bei den folgenden Anfällen. Heilung. CHIARI.

125) **Onodi (Pest). Rhinolog. und laryngolog. Casuistik.** *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 31.*

Aphonia spastica. Ein Fall bei einem 19jährigen Mädchen. Therapie ohne Erfolg.

Aphonia und Dyspnöe spastica. Eine 21järige Hysterica litt seit $1^1/_2$ Jahren an Stimmlosigkeit und Athembeschwerden und konnte nur durch Einathmungen von Aether Erleichterung finden. Eine Zeit lang schien Tracheotomie zur Beseitigung der Athembeschwerden nothwendig; schliesslich gelang Heilung durch einmalige Hypnose und Suggestion. CHIARI.

126) **Furundarena y Labat. Chorea des Kehlkopfs. (Chorée du larynx.)** *Revue de laryngol. otologie et rhinologie. 1892. p. 108.*

Ref. berichtet über die Geschichte eines Falles von Chorea des Larynx im Anschluss an eine Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln. Es ist dies ein Beweis dafür, sagt der Verf., dass die Chorea des Larynx durch Reizung der Nasenschleimhaut reflectorisch verursacht sein kann. E. J. MOURE.

127) **A. Ruault. Ueber die Contractur des Musc. ary-arytaenoideus. (Note sur la contracture du muscle ary-arytaenoideus.)** *Bulletin de la société de laryngol. d'otol. et de rhinol. de Paris.* Sitzung vom 6. Mai 1892.

Die isolirte Contraction des Musc. ary-arytaenoideus nähert die Processus vocales einander und verengt infolgedessen das Dreieck der Glottis. Man sieht häufig Kranke, die keinerlei Alteration der Stimme zeigen, jedoch bei der geringsten Bewegung dyspnoisch werden. Mit dem Kehlkopfspiegel sieht man die Aryknorpel während der Inspiration einander nahe und die Stimmbänder ziemlich schlaff, so dass sie von dem Luftstrom abwechselnd gehoben und gesenkt werden. Nach Ruault würde es sich hierbei — im Gegensatz zu der Ansicht von Gerhardt — um eine isolirte Contractur des Ary-arytaenoideus handeln.

E. J. MOURE.

128) **O. Ascenso** (Spezia). **Intubation bei hysterischer Larynxlähmung. Intubazione in paralisi laringea isterica.)** *Boll. delle Mal. dell'Or., 1892. No. 11.*

A. hat bei einseitiger (? Red.) Lähmung der Stimmbandadductoren die Intubation angewandt. Der Erfolg (Wiederkehr der Stimme) wird vom Verf. selbst auf Suggestion zurückgeführt. TOTI.

129) **Norris Wolfenden** (London). **Klinischer Bericht über zwei Fälle von doppelseitiger Abductorenparalyse. (Two cases of bilateral paralysis of the abductors. Clinical notes.)** *Journal of Laryngology. Juli 1892.*

Fall I. Doppelseitige Lähmung verursacht durch ein grosses Aneurysma. Bei der Section fand sich der rechte Recurrens vollständig comprimirt. Der linke Recurrens war wahrscheinlich ebenfalls durch den weiten aneurysmatischen Sack gedrückt, doch waren die Theile so unter einander gewirrt, dass sich eine genaue Präparation der Nerven nicht recht erzielen liess.

Fall II. Doppelseitige Lähmung, deren Ursprung für central erachtet wurde. Wegen der Dyspnoe war es nöthig, die Tracheotomie zu machen. Der Patient hatte Rheumatismus gehabt und Syphilis und zeigte seit Kurzem eine gewisse Starrheit der einen Seite des Gesichts mit Schwäche der Muskulatur dieser Gesichtshäfte. MACKENZIE-JOHNSTON.

130) **A. Mattcucci** (Badia Polesine). **Laryngotomie wegen Fremdkörpers. (Laringotomia per corpo estraneo.)** *Raccoglitore med., 20. Jan. 1892.*

Ein Kupferstück von 5 Centimes war laryngoskopisch „in einer verticalen Ebene zwischen den Stimmbändern" gesehen worden. Nach Eröffnung der Larynxhöhle wurde der Fremdkörper darin nicht gefunden. Er war während der Operation in den Pharynx gelangt und verschluckt worden. Er kam nach zwei Tagen mit dem Stuhle heraus. TOTI

131) **Seifert. Ueber Fremdkörper im Kehlkopfe.** *München. med. Wochenschr. No. 50. 1892.*

Demonstration eines Kindes, dem S. nach vollführter Tracheotomie eine Schraube aus dem Kehlkopfe entfernt hatte; ebenso zeigte er ein grosses Knochenstück aus dem Kehlkopf eines 6jährigen Kindes, das endolaryngeal entfernt wurde.

SCHECH.

132) **Benn** (Steinfeld). **Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** Inaug.-Dissertat. Würzburg 1892.

Einem 7jährigen Kinde war ein Kieselstein in die Luftwege gerathen. Nach der Tracheotomie wurde durch einen heftigen Hustenstoss der Stein in den Trachealspalt eingeklemmt, von wo er mit der Pincette entfernt werden konnte. Heilung.

SEIFERT.

133) **W. F. Westmoreland. Tracheotomie wegen Fremdkörper in den Luftwegen. (Tracheotomy for foreign bodies in the air-passages.)** *Southern Med. Record. December 1892.*

W.'s Regel ist, dass „die Gewissheit des Vorhandenseins eines Fremdkörpers in den Luftwegen eine Operation unmittelbar nöthig macht,“ und für diese Regel giebt es nach W. keine Ausnahme.

Nach der Eröffnung der Luftröhre unterscheidet W. drei Arten von Fällen: 1. Solche, bei denen die Wunde nach Entfernung des Fremdkörpers unmittelbar wieder geschlossen werden kann, und bei denen der Fremdkörper und die Sekrete schnell ausgehustet wurden. 2. Solche, bei denen ein erheblicher Grad von Reizung und Entzündung vorliegt, der Fremdkörper aber prompt herauskommt — in diesen muss die Wunde offen erhalten werden, mit einem Stück Gaze bedeckt, bis die Reizung nachlässt. 3. Solche, bei denen der Fremdkörper zurückbleibt neben den weiterbestehenden entzündlichen Symptomen — in diesen Fällen muss die Wunde weit offen bleiben und statt viel zu versuchen, mit Instrumenten den Fremdkörper zu entfernen, muss man dies dem natürlichen Verlauf überlassen. W. ist nach diesem Plan in 4 Fällen verfahren, die Ausstossung des Fremdkörpers erfolgte nach 6 Stunden bis 4 Tagen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **G. Vicano** (Palermo). **Blutegel in der Trachea. Extraction durch die natürlichen Wege. (Sanguisuga in trachea. — Extractione per le vie naturali.** *Boll. delle Mal. dell' Or. 1892. No. 9.*

Den 5—6 cm lange, kleinfingerdicke Blutegel wurde mit der Zange aus dem subglottischen Raum glücklich entfernt.

TOTI.

135) **Turazza** (Monselice). **Tracheotomie wegen Fremdkörpers in der Trachea. (Tracheotomia per corpo estraneo nella trachea.)** *Gazz. degli Ospitali, 11. Oktober 1892.*

Eine kleine in die Trachea gedrungene Fisole kam aus dem 8 Tage später ausgeführten Trachealschnitte sofort heraus. Die Wundheilung wurde durch eine, gewiss dem Umstande, dass die Wunde sofort genäht wurde, zuzuschreibende Eiterung gestört.

TOTI.

136) **Verneuil. Der Gebrauch biegsamer Canülen bei der Tracheotomie. (De l'emploi des canules flexibles dans la trachéotomie.)** *Soc. de chirurgie. 19. October 1892.*

Die Richtung des Kehlkopfs und der Trachea ist oft abgelenkt und ihre Beziehungen zu anderen Organen durch die Anwesenheit einer Geschwulst in der seitlichen oder vorderen Halspartie verändert. Die Folgen davon sind öfters Suffocationsanfälle, gegen die man mit der Tracheotomie vorgehen muss.

In derartigen Fällen stellen sich der Operation zwei Schwierigkeiten entgegen: 1. Die Verdickung der Gewebe, durch die man hindurch muss, um auf die Trachea zu gelangen. 2. Die beschriebene Krümmung die Organs um diese Neubildung herum: es ist wichtig, diesen Punkt vorherzuwissen, damit man überhaupt in die Luftröhre kommt und nicht die Organe der Umgebung, vor allem die Gefässe verletzt.

Er ist nun schwer, eine Canüle dieser Krümmung anzupassen; die von Verneuil empfohlene hat dieser Autor selbst bei Gelegenheit eines Falles von sehr grosser Kropfgeschwulst bei einer alten Frau anfertigen lassen. Diese Pat. war in einem Grade kachektisch und asphyctisch geworden, dass ihr Tod dicht bevorzustehen schien. Die ziemlich schwierige Untersuchung liess erkennen, dass die Trachea in der Verlängerungslinie des hinteren Randes des Unterliefers lag.

Die Operation wurde mit dem Thermocauter gemacht. Da die Krümmung der Trachea im Voraus festgestellt war, hatte man sich mit einer weichen Canüle versehen, die nur leicht federte und sich in jeder Weise verbiegen liess. Mit Hülfe dieser Canüle gelang es, die Pat. noch einige Tage am Leben zu erhalten.

Nach einem Verlauf von 10 Jahren hat V. von neuem zu der biegsamen Canüle gegriffen u. z. bei einem 40jährigen Manne mit einem enormen Schilddrüsensarcom, der an schweren Erstickungsanfällen litt.

Im Verlaufe der mit dem Thermocauter ausgeführten Operation kam es zu einer Blutung durch Anreissung einer Vene; dieselbe liess sich schnell stillen. Beim Versuch, die Krishaber'sche Canüle anzulegen, dauerte die Athemnoth fort, dieselbe wich erst, als man die feste durch eine biegsame Canüle ersetzte.

Der Gebrauch der letztgenannten Canüle ist danach indicirt in den Fällen von Deviation des Kehlkopfes und der Trachea, in denen diese eine mehr oder weniger ausgesprochene Krümmung aufweist, weil vor ihr oder zu ihrer Seite ein Tumor gelegen ist. Das Princip der Biegsamkeit der Canülen ist nicht neu, aber im allgemeinen ist es nur auf einen Theil der Canüle ausgedehnt worden. Die Verneuil'sche Canüle ist in ihrer ganzen Länge und nach jeder Richtung hin zu verbiegen.

E. J. MOURE.

137) **V. Nicolai (Mailand). Die Intubation des Larynx. (L'intubazione della laringe.)** *Milano, Cogliati. 1892.*

N. hat bei 5 Larynxstenosen von Erwachsenen intubirt, und zwar: in zwei Fällen von Tuberculose, in einem unbekannter Natur, in einem von Fremdkörper mit Perichondritis des Ringknorpels, und in einem von Diphtheritis. Interessante klinische und pathologisch-anatomische Betrachtungen finden sich in der Arbeit.

TOTI.

138) **V. Massei** (Neapel). **Die Larynxintubation beim Erwachsenen. (L'intubazione laringea nell' adulto.)** Klinische Vorlesung, wiedergegeben in: *Arch. ital. di Laringologia. 1892. No. 3.*

Nachdem er der anderen Autoren, die beim Erwachsenen intubirt haben, Erwähnung gethan, beschreibt M. das specielle Instrumentarium und die Technik dieser Operation. Aus seiner Erfahrung zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. „Hauptindicationen sind: Oedem, Abscesse, Phlegmone, angioneurotisches Oedem, Krampfanfälle, hochgradige Stenosen, die keine Zeit für die Tracheotomie übrig lassen."
2. „Bei Erwachsenen ist die Intubation weniger gefährlich als bei Kindern. Die Indication zur Intubation ist bei diesen Fällen ausschliesslich von der anatomischen Diagnose abhängig."
3. „Die grosse Zukunft der Intubation besteht in der Einschränkung ihrer Indicationen: sonst läuft sie Gefahr, in Misscredit zu fallen."
4. „Die Tracheotomie wird nie von der Intubation verdrängt werden; andererseits wird die Intubation uns in Stand setzen, viele Tracheotomien zu ersparen. TOTI.

139) **Gemmell** und **Stence** (Glasgow). **Präparate von einem Aneurysma des Aortenbogens. (Specimen of Aneurysm of the arch of the aorta.)** *Glasgow Med. Journal. November 1892.*

Es bestand in dem Falle absolute Lähmung des linken und partielle des rechten Stimmbandes; nach dem Tode zeigte sich, dass der linke Recurrens so in die Tumormasse einbezogen war, dass man ihn nicht von derselben trennnen konnte; der rechte Recurrens wurde „vielleicht ein wenig gedrückt."

P. MC BRIDE.

140) **D. Gerhardt** (Würzburg). **Aortenaneurysmen mit Durchbruch in die Luftröhre.** *Virch. Arch. Bd. 125. 1891.*

In dem von G. mitgetheilten Falle (49jährige Frau) erfolgte der Durchbruch eines Aortenaneurysmas in die Trachea dicht über der Bifurcation durch den Grund eines ganz alten Trachealgeschwürs. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

141) **Landau. Acute Schwellung der Schilddrüse. (Acute enlargement of the thyroid gland.)** *Phila. Med. News. 17. December 1892.*

L. berichtet über den Fall eines Schullehrers, der zwei Tage nachdem er von einem 7700 Fuss über dem Meeresspiegel gelegenen, aus kalk- und magnesiumsalzreichen Erden bestehenden Gebirge herabgestiegen war, ein ganz ausgesprochenes Anschwellen einer Kropfgeschwulst bemerkte, die er seit einer Reihe von Jahren bereits besass. Es wurde zuerst Jod local applicirt, dann, als dies nichts nutzte, ein schwacher faradischer Strom. Nach drei Sitzungen war die Drüse auf ihre gewöhnliche Grösse zurückgegangen. LEFFERTS.

142) **Moussu. Die Folgen der experimentellen Thyroidectomie. (Des effets de la thyroidectomie expérimentale.)** *Soc. de Biologie. 17. December 1892. Semaine médicale. 1892. No. 64. p. 512.*

Aus den neuen Experimenten, die Moussu anstellte, um die Folgen der experimentellen Thyroidectomie an Thieren zu studiren, scheint hervorzugehen:

1. Dass die Rolle der accessorischen Schilddrüsen nach dem, was man bei den einzelnen Thieren sieht, bei jungen und bei alten Thieren eine gar nicht mit einander zu vergleichende ist.

2. Dass die Exstirpation dieser Drüsen auf das Evidenteste die Weiterentwickelung des Organismus der jungen operirten Thiere hemmt und hindert.

3. Schliesslich, dass diese Exstirpation bei gewissen Individuen das Eintreten eines myxödematösen Cretinismus, bei anderen dagegen einen Zustand von atrophischem Cretinismus herbeiführen kann.

Die Bedeutung der sogen. accessorischen Schilddrüsen wird damit immer mehr und mehr problematisch.

Die Schilddrüsen haben eine physiologische Function, die auf die allgemeine Ernährung einwirkt und deren Ausfall sich durch wechselnde, aber bei einer jeden Thierart unter sich doch ziemlich constante Störungen bemerkbar macht.

J. BARATOUX.

143) **J. Kopp** (Bern). **Veränderungen im Nervensystem, besonders in den peripheren Nerven des Hundes, nach Exstirpation der Schilddrüse.** *Virch. Arch. 128. 1892.*

Die Veränderungsherde liegen meist an der Innenfläche des Perineuriums; ein Theil derselben umgiebt das Nervenbündel in seiner ganzen Peripherie oder nur an einem Theile. Sie stellen Hohlcylinder oder Segmente von solchen dar. — Ein anderer Theil bildet nur einen schmalen Saum von Becherzellen an der Innenseite des Perineuriums. Die kleinsten Herde sind repräsentirt durch eine einzelne Blasenzelle.

Die Dicke der Herdzone beträgt 0,007—0,13 mm, die Länge 0,011 bis über 5 mm.

K. fand Herde in den NN. hypogloss., musculocutaneus, radialis, medianus, ulnaris, cruralis, ischiadicus und tibialis posticus.

Im Centralnervensystem fand er die von Ragowitsch beschriebenen Veränderungen der Ganglienzellen; er konnte deutlich eine Vacuolenbildung in dem Protoplasma der Zellen, die zu Formveränderungen derselben führt, nachweisen.

A. ROSENBERG.

144) **Ph. Langhans** (Bern). **Ueber Veränderungen in den peripheren Nerven bei Kachexia thyreopriva des Menschen u. Affen, sowie bei Cretinismus.** *Virch. Arch. 128. 1892.*

Die Veränderungen finden sich an den peripheren Nerven und gehen vom Endoneurium aus. Die Blutgefässe, besonders die Capillaren, sind sehr dickwandig, die Lymphspalten erweitert; in ihnen finden sich neben feinsten Quer- und Längsfasern „Blasenzellen", d. h. umgewandelte, gleichsam ödematöse Zellen des Endoneuriums. An der Innenfläche des Perineuriums treten herd-

förmige Erkrankungen auf; es zeigen sich daselbst mehrfache Lagen glatter Bündel von Fibrillen, circumscripte Erweiterung der peripherischen Lymphspalten, welche Längs- und Querfasern, sowie Blasenzellen enthalten; ferner eigenthümliche cylindrische oder spindelförmige, mehr solide Gebilde, die in der Peripherie aus lockerem concentrisch streifig-faserigem Gewebe, in der Mitte aus einer homogenen, kernarmen Substanz bestehen, die ihrerseits durch Degeneration des faserigen Gewebes entstanden ist.

Näheres siehe im Original. A. ROSENBERG.

145) **Chopinet. Kropf und Cretinismus in den centralen Pyrenaeen. (Goitre and cretinism in the Central Pyrenées.)** *N. Y. Med. Journal. 5. November 1892.*

Ch. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass Kropf und Cretinismus häufiger vorkommen in der Tiefe der Thäler, als in ihrem Eingange. Die Dumpfheit und Unreinlichkeit, das Fehlen des Sonnenlichtes und die ärmliche Ernährung sind die Hauptfactoren für die Pathogenese dieser Krankheiten. Beide Affectionen sind Krankheiten der Unsauberkeit, sie verschwinden in manchen Orten ganz und gar mit dem Fortschritt des materiellen Comforts und der Hygiene. In dem kalkigen Thonschiefer scheint die einzig mögliche geologische Ursache zu liegen. LEFFERTS.

146) **Kocher** (Bern). **Zur Verhütung des Cretinismus und cretinoider Zustände nach neuen Forschungen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 34. Bd. 1892.*

In seiner äusserst interessanten Abhandlung über den vorliegenden Gegenstand stellt K. die Behauptung auf, dass dem endemischen so gut wie dem sporadischen und operativen Cretinismus eine hochgradige Störung der Function der Schilddrüse bis zu völliger Aufhebung derselben zu Grunde liege. K. führt mehrere Beobachtungen (von einem Fall — 1jähriges Kind — ist ein Photogramm beigegeben) von cretinischen Kindern an, welche wegen Makroglossia in die Klinik aufgenommen waren, und bei welchen durch exacte wiederholte Untersuchungen, zum Theil durch Autopsie, der Mangel einer Schilddrüse sichergestellt war. SEIFERT.

147) **H. W. Cunlngham** (Aspley Guise). **Myxoedem neben Kropf. (Myxoedema associated with goitre.)** *Brit. Med. Journal. 10. Decemb. 1892.*

C. berichtet in einer kurzen Mittheilung, dass er einen Fall von Myxödem in seiner Behandlung hat, bei dem eine Geschwulst der Schilddrüse besteht; er nimmt an, dass eine Atrophie des Drüsengewebes Platz gegriffen hat gerade in Folge der Hypertrophie des fibrösen Gewebes. MACKENZIE-JOHNSTON.

148) **R. M. Buchanan** (Glasgow). **Ein Fall von Myxoedem mit mikroskopischer Untersuchung der Schilddrüse. (Case of Myxoedema with microscopic examination of the thyroid gland.)** *Glasgow. Med. Journal. November 1892.*

Die Structur der Schilddrüse war in hohem Maasse verändert; es fand sich in der Hauptsache nur Bindegewebe mit spärlichen Kernen. Die gesammte Musculatur zeigte ein gedunsenes Aussehen. P. MC. BRIDE.

149) **E. Harry Fenwick** (London). **Die Subcutaninjection von Schilddrüsensaft beim Myxoedem. (The subcutaneous injection of thyroid juice in myxoedema.** *Brit. Med. Journal. 10. September 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber erklärt F. unter Bezugnahme auf Murray's Arbeiten, dass er unabhängig von diesem Autor gleichzeitig zu denselben Schlussfolgerungen gekommen sei. MACKENZIE-JOHNSTON.

150) . . . . **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 29. October 1892.*

Eine Notiz des Herausgebers fasst die verzchiedenen neueren Arbeiten über diesen Gegenstand zusammen, über die wir bereits referirt haben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

151) **X. Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Lancet. 15. October 1892.*

Eine Bemerkung des Herausgebers über die Behandlung eines von Hector Mackenzie beobachteten Falles mittelst Verfütterung von Schilddrüsensubstanz.

MACKENZIE-JOHNSTON.

152) **George R. Murray** (New Castle). **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedeme.)** *Lancet. 22. October 1892.*

M. nimmt in einem Briefe an den Herausgeber auf obige Erklärung bezüglich der Zubereitung des Schilddrüsenextractes zur Injection Bezug und behauptet, dass diese Injectionen nicht nur eine nützliche, sondern die einzig sichere Behandlungsmethode darstellen. MACKENZIE-JOHNSTON.

153) **Alex. Napier** (Glasgow). **Zwei Fälle von Myxoedem. Behandelt mittelst subcutaner Injectionen eines Extractes von Schafsschilddrüsen. (Two cases of myxoedema treated by means of subcutaneous injections of an extract of sheeps thyroid.)** *Glasgow Med. Journal. November 1892.*

Ueber den einen Fall, von dem bereits in der September-Nummer des Glasgow Med. Journal die Rede ist, ist schon referirt worden; der dort erwähnte Erfolg dauert an. Bei dem anderen Fall, den N. publicirt, wird dieselbe Therapie jetzt versucht. P. MC BRIDE.

154) **Redactionelle Bemerkung. Subcutane Injectionen von Schilddrüsenextract als Heilmittel für Myxoedem. (Subcutaneous injections of thyroid extract as a remedy for myxoedema.)** *N. Y. Med. Record. 12. November 1892.*

Ein Auszug aus einer neueren Arbeit, die in Lancet publicirt ist.

LEFFERTS.

155) **A. Barron** Liverpool). **Zwei Fälle von Myxoedem behandelt durch Schilddrüseninjectionen. (Two cases of myxoedema treated by thyroid injections.)** *Brit. Med. Journal. 24. December 1892.*

Krankengeschichten zweier auf die angegebene Weise behandelter Patienten. Die Methode der Zubereitung des Schilddrüsen-Extractes weicht in manchen Einzelheiten von der von Murray empfohlenen ab. MACKENZIE-JOHNSTON.

156) C. F. Beadles. **Ein Fall von Myxoedem mit geistigen Störungen geheilt durch subcutane Injectionen von Schilddrüsenextract. (A case of myxoedema with insanity treated by subcutaneous injection of thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 24. December 1892.*

Die detaillirte Krankengeschichte behandelt den Fall einer Frau, welche mit gutem Erfolge behandelt wurde. MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **Hunter** (Nottingham). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 31. December 1892.*

Vortrag, gehalten in der Nottingham Med. Chirurg. Society. Es schloss sich eine Discussion an; Einzelheiten giebt der vorliegende Bericht nicht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

158) **G. E. Hale** (London). **Vier Fälle von Myxoedem behandelt mit Injectionen von Schilddrüsenextract. (Four cases of myxoedema treated by injections of thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 31. December 1892.*

Eingehender Bericht über die vier Fälle, die nach der von Murray empfohlenen Methode behandelt wurden und alle 4 in der Besserung begriffen sind.

MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

159) **Joseph Coates** (Glasgow). **Präparate von einem unklaren Falle von Erkrankung des Oesophagus, der Leber und der Lungen. (Specimens from obscure case of disease of the oesophagus, liver and lungs.** *Glasgow Med. Journal. December 1892.*

Hauptsächlich interessiren dürfte unsere Leser, dass sich Diphtherie des Oesophagus fand. Der rechte obere Lungenlappen war fest, ferner zeigte sich eine croupöse Affection der Bronchien; dabei bestand eine augenscheinlich alte Erkrankung in der linken Lunge und ein Tumor von ungewissem Character in der Leber. Die Präparate stammten von einem 17jährigen Mädchen.

P. MC BRIDE.

160) **J. T. M. Finney. Eine Operation zur Entfernung eines in den Oesophagus eingeklemmten Pfirsichkerns. (Operation for removal of a peach-stone lodged in the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 17. December 1892.*

Der Kern sass so, dass man ihn nicht hinabstossen konnte und selbst nach Eröffnung des Magens konnte man ihn nicht mit den Fingern aus dem Oesophagus herausbringen. Ein an einem Faden befestigter Schwamm aber gelangte in den Magen und dislocirte den Kern. Die Wunde wurde vernäht und heilte. Später bildete sich ein Abscess an der Wirbelsäule, der eröffnet werden musste; dann aber genas der Patient. LEFFERTS.

161) **Dreschfeld** (Schweinfurt). **Beitrag zur Dilatatio oesophagi.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Bei einer Dame, die an Kachexie zu Grunde gegangen war, fand sich eine,

wie es scheint, nahezu gleichmässige Dilatation des Oesophagus. Mikrosk. Befund: chronische Entzündung der Schleimhautpartieen, Hypertrophie der muskulären und bindegewebigen Elemente. Die Frage, ob diese chronische Entzündung zu Oesophagusdilatation geführt hat, wird offen gelassen. SEIFERT.

162) **E. G. Johnson** (Stockholm). **Fall von Dilatation des Oesophagus mit geringfügiger Strictur der Cardia. (Fall af dilatation af oesophagus med lindrig Strictur af Cardia.)** *Svenska Läkare-Sällskapets Förhandlingar. 1892. S. 74.*

Demonstration. Nähere Angaben fehlen. SCHMIEGELOW.

163) **J. Gissler. Ueber die retrograde Dilatation von Oesophagusstricturen.** **Aus der Freiburger chirurgischen Klinik.** *Beitr. z. klin. Chirurgie VIII. 1892.*

G. berichtet über einen von Prof. Kraske operirten hierher gehörigen Fall, in dem nach Anlegung einer Magenfistel und Dilatation der Strictur vom Magen aus Heilung erzielt wurde. Da die Strictur sehr hochgradig war und im Anfang die Sondirung von unten nicht gelingen wollte, wurde mit einer Sonde vom Munde her ein Faden heruntergeführt, dessen unteres in einen Knoten geschürztes Ende bis in die verengte Stelle geführt und durch Schlucken von Flüssigkeiten allmälig in den Magen befördert wurde. Dann befestigte man an dem Faden olivenförmige Elfenbeinzäpfchen, die in zunehmender Dicke in die Strictur hineingezogen, dieselbe allmälig ausreichend erweiterten.

A. ROSENBERG.

164) **Karewski. Carcinom des Oesophagus.** *B. kl. W. 1892. No. 49.*

Demonstration eines Präparates in der Berl. med. Gesellschaft. Das Carcinom stellte einen faustgrossen Tumor dar, welcher der inneren Fläche aufsitzend, frei in das Innere vorragte. LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Guillemain. Untersuchungen über die Abscesse der Stirnhöhlen. (Etude sur les abscès des sinus frontaux.** Steinheil édit. Paris 1892.

Das vorliegende Werk ist die Arbeit eines Ophthalmologen, eines Schülers von Prof. Panas. Man erkennt dies übrigens leicht auch daraus, dass der Verf. die latenten Formen von Stirnhöhlenempyem, die sich ausschliesslich durch rhinoskopische Symptome äussern, fast vollständig bei Seite gelassen hat und vor allem die Augencomplicationen dieser Erkrankung behandelt.

G. hält die spontane Eröffnung des Empyems nach der Orbita hin für einen der häufigeren Ausgänge der Krankheit; die Häufigkeit des Vorkommnisses er-

klärt sich durch die Dünne der Knochenlamelle, die beide Höhlen von einander scheidet. G. stellt übrigens Drainag durch die Orbita als ein operatives Verfahren dar, das Empfehlung verdient. Man macht zu diesem Zwecke eine Incision am Augenwinkel unmittelbar unter der Augenbraue; ist das Dach der Augenhöhle erreicht, so perforirt man die Wand von unten nach oben unmittelbar hinter dem Orbitalrand mit dem Trepan; sowie man durch den Knochen durch ist, fliesst der Eiter aus. Man führt dann ein Kautschukdrain von möglichst grossem Umfange bis auf den Grund ein. Die zweite Methode, die der Verf. noch mehr empfiehlt, ist die fronto-nasale Drainage. Man führt sie mittelst eines stark gekrümmten Catheters aus, den man durch eine künstliche Oeffnung in der vorderen Wand des Sinus von oben nach unten in den Canalis fronto-nasalis einführt und der in der Nase wieder zum Vorschein kommen muss. Mit Hilfe einer Oeffnung, die unmittelbar hinter der Endanschwellung des Catheters liegt, fixirt man dort ein Kautschukdrain, das bis in das Niveau der Stirnwunde geführt wird. Damit der Catheter den Bogen beschreiben kann, den die Anatomie dieser Gegend mit sich bringt, ist es nicht allein nöthig, dass er eine starke Biegung hat, deren Grad durch die Untersuchungen am Cadaver festgestellt ist, sondern die Oeffnung im Stirnbein muss auch ziemlich ausgiebig in der Richtung von unten nach oben sein, damit der Griff des Instrumentes, das erst gegen die Backe gehalten und dann allmählich vorgeschoben wird, noch hineingeht. Darum kann man ohne Bedenken eine Trepankrone von 1 cm Durchmesser an dem abschüssigsten Theile der vorderen Wand des Sinus aufsetzen und dann muss man noch die erhaltene Oeffnung an ihrem oberen Theile mittelst des Hohlmeissels in einer Ausdehnung von etwa $^1/_2$ cm erweitern. Luc.

---

b) **Carl Gegenbaur. Die Epiglottis.** Vergleichend-anatomische Studie. Leizig. Wilhelm Engelmann. 1892.

Vom anthropotomischen Gesichtspunkt aus war die Epiglottis lange als eine Art von Schildwache für die Beschützung der oberen Luftwege angesehen worden. Da zeigten Rückert's vergleichend-anatomische Untersuchungen, dass die menschliche Epiglottis von der der Säugethiere bedeutend differirte, insofern als ihre Beziehungen zum weichen Gaumen vollständig verändert sind und dass auch pari passu ihre physiologischen Verhältnisse bedeutenden Modificationen unterlegen sind. Die auf diese Weise gewonnenen neuen Gesichtspunkte veranlassten Gegenbaur, die vergleichende Anatomie der Epiglottis und ihre Beziehung zum Kehlkopf eingehender zu studiren.

Es beginnt mit einer Untersuchung der verschiedenen Formen der Epiglottis oder epiglottisähnlicher Gebilde bei den niederen Thierklassen, und bespricht dann die Epiglottis der Säugethiere und ihre Beziehungen zum weichen Gaumen. Die hier gewonnenen Resultate, welche besonders auf den Schlingakt bei niederen Thierformen Bezug haben, führen zu einer Besprechung der Beziehungen des Theils zu anderen Organen der Mundhöhle und zu einem Versuch, die Beziehungen zwischen letzteren und dem aus der Epiglottis und dem weichen Gaumen be-

stehenden Apparat festzustellen. Hieraus ergiebt sich wiederum die Nothwendigkeit einer eingehenden Untersuchung der Structur der Epiglottis und ihrer Beziehungen zum Knorpelgerüst des Kehlkopfs, sowie eines Studiums des allgemeinen Planes der Respirationsorgane bei den niedrigsten Formen thierischen Lebens. Im letzten Kapitel zieht der Verfasser die Summe aus den Resultaten, die er bei seinen vergleichenden Studien erhalten hat, und lässt solche Winke über den Ursprung, die Entwicklung und die Functionen der Epiglottis fallen, wie sie durch den Verlauf seiner Untersuchungen ihm gerechtfertigt zu sein scheinen.

So kurz dieser Ueberblick über den Gang der Gegenbaur'schen Studie ist, so wird er hoffentlich genügen, um zu zeigen, dass es ganz unmöglich ist, im Raum einer kurzen Besprechung eine eingehende Analyse ihres Inhalts zu geben. Schlüsse, welche sich aus der synthetischen Auffassung einer kolossalen Zahl von Einzelbeobachtungen ergeben, und welche sich über einen grossen Theil des gesammten animalischen Lebens erstrecken, lassen sich nur bei einem Studium des Originals würdigen, welches hiermit warm empfohlen sei.

Der endliche und wichtigste Schluss, zu welchem der Verfasser gelangt, mag folgendermassen in Kürze recapitulirt werden: während so hoch in der Stufenleiter, wie bei den Sauropsiden, nur Theile von zwei Kiemenbögen zur Bildung des primären Hyoids beitragen, treten bei den Säugethieren drei neue Kiemenbögen hinzu. Zwei von diesen bilden, indem sie mit einander verwachsen, den Uebergang in das Thyroid, welches in innige Verbindung mit dem Kehlkopf tritt. Der Kehlkopf der Säugethiere aber empfängt noch einen weiteren Zusatz, nämlich die Epiglottis, deren Knorpel nur als eine weitere Entwicklung des vierten Kiemenbogens angesehen werden kann, welcher bei den Fischen noch seiner primitiven Function dient, bei den Amphibien aber schon in rudimentärer Form erscheint. Die genaue Art und Weise, wie dieses Rudiment bei den Säugethieren in das Stützorgan der Epiglottis übergeht, ist im Ganzen noch unbekannt. Soviel aber ist sicher, dass der Knorpel der Epiglottis nicht ein Schleimhautprodukt, sondern ein echter Skeletttheil ist, und dass er seine Stützfunction der ganzen Epiglottis mittheilt, welche sowohl dem Zwecke dient, die Luftwege offen zu erhalten als auch das Vestibulum laryngis gegen das Eindringen von Fremdkörpern zu beschützen.

Aus dieser letzteren Schlussfolgerung geht hervor, dass nach Gegenbaur die Rolle der Epiglottis in ihrer höchsten Entwicklung eine rein respiratorische und protective ist.

Die menschliche Pathologie erlaubt freilich nicht, wie der Referent nicht umhin kann zu bemerken, dass diese Functionen des Organs irgend wie als unumgänglich nothwendig für die Existenz des Individuums betrachtet werden. Wie man weiss, ist vollständiger Verlust der Epiglottis oft bei verschiedenen Krankheiten beobachtet worden, ohne dass die Patienten an Dyspnoë oder an einer vermehrten Neigung zum Eindringen von Fremdkörpern in die tieferen Luftwege gelitten hätten. Es nimmt vielmehr in solchen Fällen der Sphincter vestibuli laryngis (Luschka) vicariirend die Stelle der Epiglottis ein. — Die vermuthete phonatorische Rolle der Epiglottis, auf welche manche hervorragende Gesanglehrer (z. B. Julius Stockhausen) viel Gewicht legen, in dem Glauben,

dass durch die Epiglottis je nach ihrer mehr verticalen oder mehr horizontalen Stellung das „Timbre“ der Gesangsstimme beeinflusst wird, wird von Gegenbaur mit keinem Worte berührt. So bleiben, wie man sieht, noch manche Punkte, die in Zusammenhang mit der Frage der Rolle der Epiglottis weiterer Erklärung bedürfen. Trotzdem ist es die erfreuliche Pflicht des Kritikers, dem Verfasser warme Bewunderung und Dankbarkeit für seine geduldigen und ausgedehnten Forschungen in einem äusserst schwierigen und dunklen Felde der vergleichenden Anatomie auszusprechen. Felix Semon.

---

c) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Mai 1893.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon (Vice-Präsident).

Creswell Baber (Brighton): Pharynxnarbe.

Die Patientin, ein 15jähriges Mädchen, überstand im Alter von $3\frac{1}{2}$ Jahren Scharlachfieber mit schwerer Halscomplication, wonach Schlingbeschwerden und Otorrhoe zurückblieben. Die Schlingbeschwerden haben in letzter Zeit beträchtlich zugenommen, keine Dyspnoe. Congenitale Syphilis nicht mit Sicherheit zu ermitteln. Im Mundtheil des Rachenraums erstreckt sich ein breites, weisses Narbenband, das nur hinter der Uvula eine schmale Lücke lässt, quer über die Hinterwand. Zu den Seiten der Narbe unregelmässige Granulationen. Laryngoscopisch zeigte sich, dass die Narbe sich bis zu beiden Seiten der Epiglottis erstreckt, und weiter unten eine zweite Oeffnung von einem halben Zoll Weite lässt, durch welche man den Kehlkopf sieht. Im November 1892 wurde die Oeffnung in der Narbe mittelst Entfernung eines Stückes des Narbengewebes vergrössert und die Tendenz der Wiederverwachsung durch systematische Dilatation verhindert. Die Patientin kann jetzt gut schlucken. Der Vortragende wünschte zu wissen, ob weitere operative Eingriffe räthlich seien, eine Frage, die in der Discussion von Dr. De Havilland Hall und Mr. Charters Symonds mit Berufung auf Erfahrungen in ähnlichen Fällen verneinend beantwortet wurde.

Creswell Baber: Myxödem behandelt durch Fütterung mit frischen Schilddrüsen.

Es handelte sich um eine 57jährige Dame, welche die gewöhnlichen Symptome des Myxödems darbot und unter der genannten Behandlung bedeutende Verbesserung aufwies, doch waren im Beginn einige Tage lang maniakalische Anfälle vorhanden.

Clifford Beale (London): Myxödem erfolgreich mit Glycerinextract von Schilddrüsen behandelt.

In diesem Falle war anfänglich starke laryngeale Dyspnoe vorhanden gewesen, welche durch Oedem der epiglottischen Falten und anderer Theile des Kehlkopfs bedingt war; auch die Uvula war stark ödematös. Die Patientin wies

zur Zeit der Demonstration bedeutende Verbesserung auf. Die Trockenheit der Haut war mittelst Pilocarpin-Injection ebenfalls erfolgreich behandelt worden.

Clifford Beale: Syphilis des Pharynx und Larynx bei einem tuberculösen Subject.

Während im Pharynx die characteristischen Symptome alter Syphilis vorhanden waren, zeigte der Larynx die typischen Erscheinungen der Tuberculose. Unter antisyphilitischer Behandlung erfolgte theilweise Besserung.

William Hill (London): Fötide atrophische Rhinitis.

Demonstration eines Präparats, an welchem sich neben der Atrophie der Schleimhaut Mangel (? congenitaler) des Septum narium, der mittleren und der unteren Nasenmuscheln, sowie eine Spalte des harten Gaumens fand. Bei der Autopsie hatte man auch gefunden, dass zu einer früheren Periode eine Spalte des weichen Gaumens und Hasenscharte vorhanden gewesen waren, welche aber operativ beseitigt worden waren. Die Oeffnungen der Nebenhöhlen der Nase waren normal, doch fand sich beiderseits eine grosse accessorische Oeffnung, welche in das Antrum Highmori führt.

In der Discussion meint Mr. Stewart, dass der Mangel der Nasenmuscheln eine Folge der atrophischen Rhinitis sei und nicht umgekehrt die Rhinitis eine Folgeerscheinung des Mangels der Knochen. Wahrscheinlich sei additionell eine Missbildung vorhanden gewesen. Mr. Baber glaubte, dass der ganze Befund wahrscheinlich das Resultat von Syphilis sei, wärend Dr. Hill in seiner Antwort darauf aufmerksam machte, dass der symmetrische Mangel der genannten Theile, die Gaumenspalte und die Abwesenheit nachweisbarer Knochenerkrankung mehr auf einen congenitalen als auf einen syphilitischen Ursprung hinwiesen.

Felix Semon: Rechtsseitige Hemiplegie, Paralyse der rechten Hälfte des weichen Gaumens und Abductorparese des rechten Stimmbandes, die letztgenannte sicherlich nicht corticalen Ursprungs.

Die Patientin, eine 19jährige Schneiderin wurde mit gütiger Erlaubniss von Dr. Hughlings Jackson demonstrirt unter dessen Behandlung sie sich gegenwärtig befindet.

Im December 1890 hatte die Patientin einen plötzlichen Schrecken, ohne dass sie eine Verletzung davontrug und erwachte am nächsten Morgen mit Verlust der Sprache und mit rechtsseitiger Hemiplegie. Gleichzeitig regurgitirten Flüssigkeiten durch die Nase. Nach 3 bis 4 Tagen kehrte zunächst die Sprache wieder, dann verbesserte sich das Schlingvermögen, 14 Tage später konnte sie das Bein etwas bewegen und in 4 bis 5 Wochen gehen, etwa einen Monat nach dem Anfall zeigte sich Verbesserung im rechten Arm, und seitdem hat sie sich stetig verbessert.

Gegenwärtig findet sich weder Paralyse des Gesichts noch der Augenmuskeln; die Zunge nicht atrophisch, wird gerade vorgestreckt, der weiche Gaumen bei der Phonation hingegen entschieden nach links emporgezogen, und seine

rechte Hälfte weist gegenüber der linken entschiedene Verringerung der faradischen Erregbarkeit auf; seine tactile Sensibilität und die Reflexerregbarkeit sind normal. Die Stimme ein klein wenig näselnd, doch werden alle Consonanten correct ausgesprochen.

Kehlkopf: das rechte Stimmband steht nicht ganz in der Medianlinie, doch sehr nahe derselben, und macht bei der Phonation eine geringe aber vollständig deutliche Bewegung nach innen, so dass während der Phonation, — da das linke Stimmband ganz normale Bewegungen ausführt, — die Glottis vollständig in der Mittellinie geschlossen ist. Bei der Inspiration kehrt das rechte Stimmband zu der beschriebenen Stellung nahe der Mittellinie zurück, während das linke gut abducirt wird. Bei der tiefen Inspiration erfolgt keine weitere Auswärtsbewegung des rechten Stimmbands, während das linke vollständig zur Seitenwand des Kehlkopfs geht. Diese Verhältnisse sind, seitdem die Patientin unter Behandlung ist, stationär. (Der übrige im Original genau beschriebene Befund bedarf hier keiner Recapitulation).

Der Vortragende bemerkte, dass das Interesse des Falls natürlich in der Frage gipfele, ob die Lähmung des weichen Gaumens und Kehlkopfs corticalen Ursprungs sei oder nicht. Hinsichtlich des Gaumens wünsche er diese Frage einigermassen offen zu lassen, obwohl die verminderte faradische Erregbarkeit der rechten Gaumenhälfte auf einen tieferen Ursprung hinwiese, und obwohl er keinen authentischen Fall von corticaler Gaumenlähmung kenne. Da Mr. Horsley ihm aber mitgetheilt habe, dass er und Dr. Beevor einseitige Bewegungen der entgegengesetzten Gaumenhälfte bei corticaler Reizung erhalten hätten, so wolle er diesen Punkt etwas in Zweifel lassen, obwohl er selbst glaube, dass auch die Gaumenlähmung in diesem Falle nicht corticalen Ursprungs sei. Dagegen sei er fest überzeugt, dass die Kehlkopflähmung keinesfalls als cortical angesprochen werden könne und zwar aus folgenden Gründen:

Der einzige Experimentator, welcher seiner Angabe nach isolirte Bewegungen des entgegengesetzten Stimmbands bei corticaler Reizung erhalten hat, ist Masini, während Krause, sowie Horsley und Semon stets doppelseitige Bewegungen erhalten haben. Alle Experimentatoren aber stimmen darin überein, dass die bei corticaler Reizung erhaltenen Bewegungen stets Einwärtsbewegungen sind, was mit unseren allgemeinen physiologischen Kenntnissen vollständig übereinstimmt, denen zufolge nur die willkürliche Function des Kehlkopfs, nämlich die Phonation, nicht aber die mehr automatische, die Respiration, in der Rinde durch ein besonderes Centrum repräsentirt ist. Selbst angenommen daher, dass Masini's Angaben correct wären (was der Vortragende durchaus bestreitet), und dass von einem phonatorischen Rindencentrum aus ein isolirter Kreuzeffect ausgeübt werden könnte, so könnte dieser Effect nur die Einwärtsbewegungen betreffen, oder, pathologisch ausgedrückt, angenommen dass solch' ein isolirter Kreuzeffect existirte, und dass das Gebiet, von welchem derselben ausginge, beim Menschen durch Krankheit oder Verletzung zerstört würde, so könnte sich dies nur dadurch manifestiren, dass das gegenüberliegende Stimmband bei der willkürlichen Einwärtsbewegung, d. h. bei der Phonation zurückbliebe, ebenso wie wir es doppelseitig bei der functio-

nellen Aphonie sehen. Die Respirationsstellung der Stimmbänder aber würde in einem solchen hypothetischen Falle natürlich dieselbe sein, wie unter normalen Verhältnissen, und die Inspirationsbewegung, d. h. die Abduction des afficirten Stimmbands würde sich ohne die geringste Schwierigkeit in normalem Maasse vollziehen, da diese Bewegung ausschliesslich von bulbären Einflüssen beherrscht wird.

Im vorliegendem Falle aber liegen die thatsächlichen Verhältnisse gerade umgekehrt von dem, was man erwarten würde, wenn Masini's Angaben correct wären: das rechte Stimmband ist während der Respiration nahe der Mittellinie fixirt, seine willkürliche corticale Bewegung, d. h. die phonatorische Adduction, geht noch vor sich, während die automatische und eminent bulbäre Bewegung, d. h. die inspiratorische Auswärtsbewegung behindert ist.

Bei dieser Sachlage ist der Schluss gerechtfertigt, dass die Kehlkopflähmung in diesem Falle unmöglich corticalen Ursprungs sein kann, und dass sie durchaus einer tiefer gelegenen Läsion ihren Ursprung verdanken muss. Die verringerte faradische Erregbarkeit der rechten Gaumenhälfte weist bedeutsam nach derselben Richtung hin.

Schliesslich lenkte der Vortragende die Aufmerksamkeit auf den in vielen Beziehungen sehr ähnlichen bekannten Fall von Bryson Delavan (Vergl. Centralblatt I. 104, 135; II. 83, 531), in welchem ursprünglich angenommen wurde, dass die in einem Fall von Hemiplegie vorhandene Gaumen- und Erweitererlähmung corticalen Ursprungs sei, und in welchem die Section erwies, dass die genannte Complication in Wirklichkeit auf einem Erweichungsherde in der Medulla beruhte, welcher den motorischen Vaguskern vollständig zerstört hatte.

Felix Semon. Isolirte tertiäre Syphilis des Nasenrachenraums, welche Lähmung der linken Hälfte des weichen Gaumens vortäuschte.

Der Patient ist ein 30jähriger Buchhalter, der vor zwei Monaten angeblich an Tonsillitis gelitten hatte. Während der Reconvalescenz nahm die Stimme ein stark nasales Timbre an, welches noch vorhanden war, als der Patient zum ersten Male (am 26. April) gesehen wurde. Es war jedoch nie Regurgitation von Flüssigkeit durch die Nase erfolgt, keine Lähmung anderer Theile vorhanden gewesen, und auch sonst waren keine Anzeichen dafür vorhanden, dass der acute Anfall diphtheritischer Natur gewesen sei.

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass der weiche Gaumen, der sonst von vorn ebenso wie der Rest des Halses und des Kehlkopfes vollständig normal aussah, bei der Phonation entschieden rechts in die Höhe gezogen wurde. Bei der hinteren Rhinoskopie aber erwies sich der ganze obere Theil des Nasenrachenraumes tief ulcerirt, und ein tiefes Geschwür mit steilen Rändern nahm die hintere Oberfläche des weichen Gaumens, und zwar hauptsächlich der rechten Hälfte ein. Es ergab sich, dass der Patient vor 10 Jahren einen Schanker gehabt hatte, doch waren seiner Angabe nach niemals secundäre Symptome vorhanden gewesen. Nicht recht erklärlich war es, warum der Gaumen

bei der Phonation nach der rechten Seite gezogen wurde, da das Geschwür vornehmlich diese Hälfte des weichen Gaumens einnahm; vermuthlich ist bereits ein Vernarbungsprocess eingeleitet. Die Ulceration heilt schnell unter antisyphilitischer Behandlung.

Felix Semon: Pachydermie des Kehlkopfes.

Demonstration zweier Patienten, eines 42jährigen Rechtsanwalts und eines 52jährigen Predigers, welche das Leiden in typischer Form zeigen. Dasselbe ist in dem einen Falle auf den rechten und in geringerem Grade auf den linken Processus vocalis, im anderen Falle auf den linken Processus vocalis beschränkt. Die Demonstration erfolgte nur, um den Mitgliedern der Gesellschaft Gelegenheit zu geben, Fälle des immerhin ziemlich seltenen Leidens zu sehen.

In der Discussion wurden hinsichtlich der Diagnose und Behandlung verschiedene Fragen an den Vortragenden gerichtet, welche derselbe dahin beantwortete, dass er in den typischen Fällen, in welchen das Leiden auf den Processus vocalis und dessen Nachbarschaft beschränkt ist, diagnostisch grossen Werth auf die freie Beweglichkeit des betreffenden Stimmbandes lege, und dass er bisher alle seine Fälle unter Stimmruhe, localer Anwendung von Kälte und Jodkaligebrauch innerlich habe genesen sehen. Freilich nähme das Leiden längere Zeit in Anspruch; locale Massregeln ziehe er nicht in Anwendung.

Felix Semon: Tabes dorsalis, doppelseitige Lähmung der Glottisöffner und inneren Spanner von mehr als zwölfjähriger Dauer.

Demonstration eines 62jährigen Patienten, den der Vortragende bereits im Jahre 1881 seiner doppelseitigen Erweitererlähmung wegen bei Gelegenheit des internationalen Londoner medicinischen Congresses demonstrirt hat, und welcher diese Complication noch heute aufweist, nur dass sich inzwischen doppelseitige Parese der Thyreo-arytaenoidei interni der damals bestehenden Erweitererlähmung zugesellt hat. Die Demonstration erfolgte:

1. Wegen des ungewöhnlich langsamen Verlaufes der Grundkrankheit und der Persistenz der Erweitererlähmung.

2. Weil die hinzugetretene Lähmung der inneren Spanner die bereits im Jahre 1883 von dem Vortragenden als wahrscheinlich erklärte und seitdem von Burger bestätigte Thatsache illustrirt, dass diese Muskeln die nächsten nach den Erweiterern sind, welche bei den progressiven organischen Lähmungen der Kehlkopfnerven ergriffen werden.

3. Weil eben diese Lähmung der inneren Spanner, während die Stimmbänder in der Mittellinie fixirt bleiben, den Beweis liefert, dass es sich bei dem ganzen Process um eine primäre Lähmung und nicht um eine primäre Contractur handelt.

4. Weil der Patient, ebenso wie ein anderer bei der letzten Sitzung von dem Vortragenden demonstrirter (vgl. Centralblatt X. p. 63) im Stande ist, obwohl seine Crico arytaenoidei postici zweifelsohne vollständig fettig degenerirt und atrophisch sein müssen, ohne die geringste Anstrengung sowohl hohe wie tiefe Töne singen kann, eine Thatsache, welche bedeutsam gegen die vermeint-

liche Existenz einer Synergie der antagonistischen Kehlkopfmuskeln bei der Ausübung ihrer Thätigkeit spricht.

Scanes Spicer (London): Chronische Induration im Rachen.

Es handelt sich um eine bedeutende Verdickung der rechten Seite der hinteren Pharynxwand, in deren Mitte sich ein tiefes Geschwür befindet. Trotz des Mangels einer syphilitischen Geschichte wurde allgemein die Ansicht ausgesprochen, dass es sich um eine gummatöse Affection handle.

Scanes Spicer: Papillome der Nase und des harten Gaumens.

Spicer zeigte mikroskopische Präparate der Geschwülste von dem Patienten, den er beim letzten Meeting demonstrirt hatte (vgl. Centralblatt X. p. 63). Eine dieser Geschwülste war im Jahre 1888, die andere 1893 entfernt worden, und beide waren nach Ansicht des Vortragenden typische Papillome.

Charters Symonds war der Ansicht, dass die mikroskopischen Charaktere darauf hindeuteten, dass die Affection lupöser Natur gewesen sei. Es fände sich in dem Präparat reichliches Granulationsgewebe, das in Knötchenform angeordnet sei. Die Papillen seien unregelmässig und einige von ihnen sehr gross.

W. R. H. Stewart: Lupus der Nase.

Der Patient war ein 58jähriger Mann, der vor 14 Jahren eine Fractur der Nase erlitten hatte. Kurz darauf entwickelte sich eine Obstruction der linken Seite, während die Nase äusserlich wund wurde. Im Jahre 1892 war die linke Nasenhälfte vollständig durch eine vom Septum ausgehende papillomatöse Geschwulst blockirt, und auf der linken Seite der Nase und der Oberlippe fand sich oberflächliche Ulceration. Es wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet und die Geschwulst mit dem Galvanocauter zerstört. Der Zustand verbesserte sich, aber nur wenig. Auf die Application des Unna'schen Pflasters auf die Aussenseite der Nase erfolgte die charakteristische Reaction. Der Patient verweigerte weitere operative Behandlung.

Ausserdem zeigte Stewart folgenden Fall:

Ein 10jähriger Knabe wurde vor zwei Jahren nach dem Great Northern Hospital gebracht mit Obstruction und äusserer Schwellung der Nase, welche seit drei Jahren bestanden haben sollen. Die Haut der rechten Seite der Nase war verdickt, das Naseninnere war ganz normal, aber der Nasenrachenraum vollständig mit adenoiden Geschwülsten angefüllt. Ausserdem hatte der Patient Keratitis und Einkerbung eines Zahnes. Die Eltern, beide gesund, haben neun Kinder. Die Vegetationen wurden entfernt, und bedeutende Verbesserung erfolgte. Die äussere Verdickung der Nase aber verringerte sich nur wenig. Kurze Zeit darauf trat Obstruction der Nase ein und die rechte Nasenhälfte wurde fast völlig von anscheinend lupösen Granulationen angefüllt gefunden. Sie wurde gründlich mit dem scharfen Löffel behandelt und Milchsäure applicirt, worauf sich die Athmung wiederum bedeutend verbesserte; dagegen blieb die Verdickung der Nase bestehen, und es zeigten sich auf ihr aussen einige bräunliche Flecke und oberflächliche Ulceration. Eine Reaction auf die Application des Unna'schen Pflasters erfolgte nicht. Ganz kürzlich ist Verstopfung der linken Nasenhälfte eingetreten.

In der Discussion erwähnte Mr. Creswell Baber, dass er Resorcinsalbe bei ähnlichen Fällen von Lupus der äusseren Nase mit Vortheil in Anwendung gezogen habe. Dr. De Havilland Hall frug, ob die äussere Anwendung von Kälte auf die Nase versucht worden sei, worauf Dr. Clifford Beale erwiderte, dass in einem Fall von Lupus der Wangen, in dem er Kälte in Anwendung gezogen habe, dem Patienten nur viel Unbequemlichkeit bereitet worden sei, ohne dass derselbe irgend welchen Nutzen davon gehabt habe. Mr. Stewart versprach Resorcin zu versuchen, und bemerkte beiläufig, dass in dem von ihm bei der letzten Sitzung demonstrirten Fall von Sarcom des Nasenrachenraums (vgl. Centralblatt X. pp. 64, 65) unter dem Gebrauch grösserer Dosen von Arsenik bisher noch keine Besserung erfolgt sei.

H. T. Butlin: Wahrscheinlich bösartige Erkrankung der Epiglottis und der rechten Hälfte des Kehlkopfs.

Der Patient war ein 62jähriger Mann, der vor etwa 6 Monaten von plötzlicher Dysphagie befallen worden war; kurz darauf Vergrösserung der Drüsen am Halse und blutig gestreiftes Sputum. Epiglottis stark verdickt, Temperatur normal, kein Eiweiss im Urin, Lungen gesund, keine syphilitische Geschichte. Ein Bruder soll an Tuberculose gestorben sein. Unter antisyphilitischer Behandlung Verschlimmerung statt Verbesserung.

Charters Symonds: Traumatische Perichondritis (?) des Kehlkopfs.

Der Patient, ein 62jähriger Mann, fühlte vor 4 Monaten plötzlich einen Schmerz in der linken Seite des Halses, während er Fisch ass, und hat seitdem an einer schmerzhaften Stelle im Halse an der linken Seite und heftigem Reizhusten gelitten. Wenige Tage später fand sich beträchtliche oedematöse Schwellung des linken Giessbeckenknorpels, die sich kurz darauf entlang der arytaeno-epiglottischen Falte ausbreitete. Gleichzeitig wurde das linke Stimmband unbeweglich. Dieser Zustand hat bis zur Zeit der Demonstration angehalten. Es ist keine Ulceration, keine eitrige Secretion, keine Unebenheit der Oberfläche und keine äussere Schwellung vorhanden. Antisyphilitische Behandlung hat nichts genutzt. Die linke Lungenspitze ist der Tuberculose verdächtig. Der Vortragende wünscht die Meinung der Anwesenden einzuholen, ob es sich um traumatische Perichondritis oder um eine Neubildung handelte.

Semon war der Ansicht, dass es sich wahrscheinlich um traumatische Perichondritis handelte, bemerkte aber, dass man auf Anamnesen von plötzlicher Entstehung von Kehlkopf- oder Oesophagusleiden nicht zu viel geben dürfe, da eine solche plötzliche Entstehung öfter von Patienten in Fällen berichtet würde, in denen es der Natur der Sache nach ganz unmöglich sei, dass sie wirklich stattgefunden habe.

Charters Symonds: Epitheliom der Epiglottis.

Der Patient, ein 60jähriger Mann, hatte seit 10 Monaten Beschwerden im Halse verspürt. Die Epiglottis war enorm vergrössert und verdickt, und auf ihrer hinteren Oberfläche tief ulcerirt. Zahlreiche Drüsen am Halse waren stark geschwollen. Eine Operation war mit Rücksicht auf den letztgenannten Umstand nach der Ansicht des Vortragenden ausgeschlossen, doch berichtete er von einem

anderen Fall, in welchem die krebsige Epiglottis erfolgreich durch die Pharyngotomia subhyoidea entfernt worden war. Im demonstrirten Fall konnte der Patient trotz der Grösse der Schwellung leidlich schlucken.

(Sämmtliche Patienten, deren Fälle im Obigen beschrieben sind, wurden den Anwesenden demonstrirt.) Felix Semon.

III. Briefkasten.

Vertagung des Internationalen Congresses.

Der internationale medicinische Congress ist bis zum April des Jahres 1894 verschoben worden.

Personalia.

Dr. H. Burger hat sich in Amsterdam als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie habilitirt, Dr. F. Klemperer desgleichen in Strassburg i. E. als Privatdocent für interne Medicin und Laryngologie.

Eigenthümliche Form von Syphilis des weichen Gaumens.

Strassburg i. E, den 10. August 1893.
Jung St. Petersplatz 1.

Sehr geehrter Herr College!

Bezugnehmend auf Ihr Autoreferat in der Julinummer des Int. Centralbl. für Lar. betr. den Fall von eigenthümlicher Gaumenaffection bin ich so frei, Ihnen eine ähnliche Beobachtung mitzutheilen. Ich machte dieselbe s. Z. als Assistent B. Baginsky's im Frühjahr 1889. — Es handelte sich um einen ca. 30jährigen Stadtbahnschaffner, der ungefähr dasselbe Bild wie das von Ihnen beschriebene darbot, nur waren die Geschwüre bezw. Granulationen nicht so tiefgehend. Auch Drüsenanschwellungen am Kieferwinkel bestanden. — Das Prägnante dieses Falles waren die ausserordentliche Schmerzhaftigkeit und die Resistenz gegenüber den therapeutischen Applicationen. Aus der Anamnese ergab sich, dass Patient einige Jahre vorher einzelne Ulcera am Genitale gehabt hatte, dass er damals jedoch keine Allgemeinerscheinungen bot, die sicher auf Lues hätten schliessen lassen und dass er damals auch keine antisyphilitische Behandlung durchgemacht hatte.

Per exclusionem musste man schliesslich doch Lues annehmen, auch ein später hinzugezogener Dermatologe (Dr. Behrend) war dieser Ansicht, allerdings auch nicht in vollkommen überzeugter Form. Es wurde zunächst Jodkali gegeben, die Geschwüre mit Lapis touchirt, ein adstringirendes Mundwasser (Tct. Ratanhae) verordnet. Alles dies ohne Erfolg. — Hierauf Schmiercur. Ebenfalls ohne Erfolg. Die Affection wurde später nicht mehr local behandelt. Zuletzt Schmiercur combinirt mit Verabreichung von Jodkali; hierauf Heilung und zwar durch Bildung von blassen Epithelinseln inmitten der granulirenden Flächen. Gesammtdauer der Affection über $^1/_2$ Jahr, unsere Beobachtung mindestens 4 Monate. — Der serpiginöse Charakter der Affection war deutlich ausgesprochen; auch sie machte an der Schleimhaut des harten Gaumens Halt. In diesem Falle scheint es sich doch um einen hartnäckigen Fall von Lues gehandelt zu haben. Ob wohl der Ihrige nicht schliesslich auch einer war? —

Mit collegialem Grusse verbleibe Ihr ergebenster

Dr. Dreyfuss.

(Die letzte Frage des vorstehenden Briefes kann ich weder bejahend noch verneinend beantworten. Möglich ist es natürlich, dass es sich auch in meinem Fall um Syphilis gehandelt hat; ich möchte aber darauf hinweisen, dass die schliessliche, bis jetzt bestehende Heilung spontan und zwar mehrere Monate nach Aussetzen jeder antisyphilitischen Behandlung erfolgte. F. S.)

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, October. 1893. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **X. Rückblick auf die Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfs, der Nase und der Ohren im Jahre 1892. (Retrospect of diseases of the pharynx, larynx, nose and ear for the year 1892.)** *Journal of Laryngology. 1893. Januar.*

Eine Uebersohau über die im vergangenen Jahre publicirten Arbeiten.

MACKENZIE-JOHNSTON.

2) **A. Tifiletti** (Neapel). **Bedeutung der Laryngology, Rhinologie und Ohrenheilkunde für den praktischen Arzt. (Importanza della Laringologia, Rinologia ed Otologia per il medico pratico.)** *Arch. ital. di Laringologia. 1893. No. 1.*

Eine Rede, die in der Eröffnungssitzung des ersten Congresses der italienischen Oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft verlesen wurde.

Wir geben hier gern folgendes darüber geäusserte Urtheil Massei's wieder: „Sie bildet eine gelungene Synthese des jetzigen Fortschrittes; der Leser findet darin eine knappe, dabei aber vollständige Darstellung sämmtlicher Punkte, welche die allgemeine Klinik mit jenen Specialfächern verbinden und letzteren eine gesunde Existenz sichern." TOTI.

3) **H. Burger** (Amsterdam). **Der oto-rhino-laryngologische Unterricht in Wien. (Het onderwijs in keel-, neus- en oorziekten te Weenen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1892. II. No. 3.*

Brief aus Wien an den Herausgeber. Beschreibung der Wiener laryngologischen Kliniken und Ambulatorien. Ohne Interesse für Specialisten.

Autoreferat.

4) **V. Grazzi. Alte und neue Gründe, aus denen die Zweckmässigkeit hervorgeht, Laryngologie und Otologie in die Universitätsprogramme aufzunehmen. (Vecchie e nuove ragioni. che consigliano di considerare nei programmi uni-**

versitari l'otologia e la laringologia.) *Boll. delle Mal. dell'Or. etc. 1893. No. 2. Februar.*

Damit ein Zweig der Medicin eines gesonderten Unterrichts würdig ist, wird nach G. verlangt: 1) dass das betreffende Organ eine ungewöhnliche Bedeutung hat; 2) dass die Diagnose der dieses Organ befallenden pathologischen Veränderungen schwierig ist und dabei Verwechselungen leicht möglich sind mit Krankheiten, die „wegen ihrer Natur und Sitzes den Arzt daran zweifeln lassen, ob er im Stande ist, ein entscheidendes Urtheil abzugeben"; 3) dass man zur Diagnose besondere, ungewöhnliche Instrumente zu brauchen hat; 4) endlich, dass die innere und äussere Therapie der Krankheiten jenes Organs aussergewöhnliche theoretische und praktische Kenntnisse voraussetzen. — Die Schrift G.'s beschäftigt sich damit, Beweise dafür zu bringen, dass die Otologie und Rhino-Laryngologie allen jenen Forderungen entsprechen. Worin aber die alten, worin die neuen in der Ueberschrift hervorgehobenen Gründe bestehen, ist aus deren Lectüre nicht zu ersehen. Vielmehr enthält sie bloss eine kurze Recapitulation geläufigster Betrachtungen, die wir seit Jahren in einer unendlichen Reihe von Schriften, Vorlesungen, Reden etc. zu hören [1] gewöhnt sind: also nicht nur keinen neuen Grund, sondern auch keine neue Idee, wenn man nur nicht etwa als solche Folgendes auffassen wollte: „der Kehlkopfspiegel lässt beim Lebenden die anatomische Läsion sehen, noch besser als auf dem Secirtische, da man an dem erkrankten Theile die Folgen der willkürlichen Bewegungen zu beobachten im Stande ist"; und weiter: „wäre es möglich, die malignen Kehlkopferkrankungen früh zu diagnosticiren, dann würde die Entfernung der erkrankten Partie oder des Organs befriedigendere Resultate liefern; aber auch die locale Palliativbehandlung der malignen Kehlkopferkrankungen, besonders der Tuberculose, erfreut sich einer solchen Wirksamkeit, dass erst die Kranken den thatsächlichen Werth der Palliativbehandlung durch ihre Dankbarkeit zu beweisen im Stande sind". TOTI.

5) **Rieder** (München). **Medicinische Klinik des Herrn Geheimrath Professor Dr. v. Ziemssen. W.-S. 1892/93.** München, Knorr u. Hirth. 1893.

Aus diesem Semesterbericht sind folgende Fälle für uns herauszunehmen:

1. Ein Gumma an der Zungenspitze.
2. Congenitaler Knorpelrest am Halse bei einem 42jährigen Manne. Dicht oberhalb der Articul. sterno-clavic. erbsengrosse, knorpelige Hervortreibung, die als Warze imponirt.
3. Oesophaguscarcinom mit Lymphdrüsenschwellung, welche eine linksseitige Stimmbandparalyse und rechtsseitige Stimmbandparese hervorgerufen hatte.
4. Laryngitis acuta.
5. Morbus Basedowii mit Aorteninsufficienz.
6. Erysipel des Pharynx und Larynx; Exitus.

---

1) Man findet darin z. B. mehrere aus der einen Monat früher im Arch. Ital. di Laringol. (Jan. 1893) veröffentlichten, von G. nicht citirten Rede Trifiletti's entnommene Ideen, Gedanken und Phrasen.

7. Glossitis dissecans; 16jähriges Mädchen.
8. Angiom der Zunge.
9. Hysterische Stimmbandlähmung.
10. Tuberculose des Rachens.

SEIFERT.

6) **Frank** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der Lymphcysten.** *Intern. klin. Rundschau. 1893. No. 13.*

Am Halse kommen vor: branchiogene Cysten, cystische Lymphangioma und aberrirende Strumacysten.

F. beschreibt 3 Fälle von solchen Lymphangiomen, die im späteren Alter entstanden und sich leicht ausschälen liessen. Sie sassen in der Supraclaviculargrube.

CHIARI.

7) **D'Arcy Power** (London). **Beziehungen zwischen Torticollis und congenitalem Haematom des Kopfnickers. (Relationship between wry neck and congenital haematoma of the sterno-mastoid.)** *British Med. Journ. Jan. 28. 1893.*

Ein Vortrag von ausschliesslich chirurgischem Interesse, der am 24. Januar 1893 vor der Royal Medical and Chirurgical Society of London gehalten wurde. Interessenten müssen auf das Original verwiesen werden.

SEMON.

8) **Karewski** (Berlin). **Ueber Fistula colli congenita.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 10.*

K. hat 13 Fälle beobachtet, über welche er genauer berichtet. Details im Original nachzulesen.

LANDGRAF.

9) **Karewski. Ueber Fistula colli congenita.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 14.*

Kurze Zusammenstellung von 14 congenitalen Fisteln und 6 Dermoiden, deren ausführliche Beschreibung Virchow's Archiv bringen wird.

LANDGRAF.

10) **F. Buscarlet** (Genf). **Beitrag zum Studium der Kiemen-Fisteln. (Fisteln des Bochdalek'schen Canals.) (Contribution à l'étude des fistules bronchiales. [Fistules du canale de B.])** *Revue méd. Suisse romande. H. 1 u. 2. 1893.*

Genaues anatomisches Studium von 3 Fällen medianer Halsfisteln mit Hautöffnung oberhalb des Kehlkopfs und engem fibrösem Canal, welcher zum Zungenbein führt und dort angewachsen ist; der Fistelgang entspringt nicht aus einer Cystenanlage, wie sie hier in dermoider und mucöser Form auch vorkommen, sondern ist primär. Das Epithel desselben ist hauptsächlich cylindrisches Flimmerepithel, kann aber auch aus Plattenepithel bestehen. Die Lage und die Eigenschaften dieser Fisteln führen auf den Canalis Bochdaleki zurück, welcher als embryonale Anlage von dem Foramen coecum der Zungenoberfläche abwärts zum Isthmus der Glandul. thyreoidea reicht und dem Schilddrüsensystem angehört. Von Streckeisen wurden anatomisch-histologisch über dem Zungenbein kleine Schilddrüschen nachgewiesen, welche zu den accessorischen medianen Schilddrüsen gehören. B. behandelt in dieser gründlichen Arbeit die ganze Embryologie der

menschlichen Kiemenbogenreste in Bezug auch auf die lateralen Halsfisteln. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden und sind nicht ohne Weiteres leicht verständlich. JONQUIÈRE.

11) **Paul Swain** (Plymouth). **Parotitis nach Verletzung des Abdomens. (Parotitis following injury to the abdomen.)** *Lancet. 11. März 1893.*

Die Krankengeschichte eines Falles von entzündlicher Erkrankung der Parotis drei Wochen nach einem Trauma, das das Abdomen betroffen hatte, über dessen Natur aber eine Gewissheit sich nicht mehr erlangen liess.

MACKENZIE-JOHNSTON.

12) **L. E. Parkhurst** (Brackley). **Gleichzeitige Affection der Thränen- und Ohrspeicheldrüsen. (Simultaneous affection of the lacrymal and parotid glands.)** *Lancet. 25. März 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber giebt P. einen Bericht über seinen Fall.

MACKENZIE-JOHNSTON.

13) **Walther** (Paris). **Chronische canaliculäre Entzündungen der Speicheldrüsen mit Gasinfiltration in den Ausführungsgängen und den Drüsenläppchen. (Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires.)** *Société Anatomique de Paris. März 1892.*

In den letzten 3 Jahren hat W. 4 Kranke beobachtet, bei denen die Luft in den Ausführungsgang der Parotis bis zu wechselnder Tiefe oder in die Drüsenlappen selbst, oder in den Ductus Whartonianus eindrang.

Dieses Eindringen der im Munde vorhandenen Luft kommt infolge von Veränderungen zu Stande, die bedingt sind durch die chronische Entzündung der Drüsengänge; diese Veränderungen bestehen in einer Verfettung und Erweiterung des Ganges und seiner Mündung, welch' letztere in der Mundhöhlenschleimhaut offen klafft.

In allen diesen Fällen war die Parotisgegend geschwollen und schmerzhaft und die Anwesenheit der Luft verrieth sich durch die Crepitation.

MENDEL.

14) **Albespy. Geschichte eines Epidermispfropfens. (Histoire d'un bouchon epidermique.)** *Annal. des mal. de l'oreille et du larynx. No. 3. 1893.*

Die Beobachtung illustrirt die Leichtigkeit, mit der man einem diagnostischen Irrthum verfallen kann. E. J. MOURE.

15) **Redactionelle Bemerkung. Die Prophylaxis gegenüber der Influenza. (The outlook as to influenza)** *N. Y. Med. Journ. 14. Januar 1893.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

16) **Richard Sisley** (London). **Eine Studie über die Influenza und die englischen Gesetze betreffend die Infectionskrankheiten. (A study of influenza and the laws of England concerning infectious diseases.)** Longmans, Green & Co. London 1892. *N. Y. Med. Record. 6. May 1893.*

Das sorgfältig ausgestattete Büchlein, das mit illustrirenden Abbildungen

und Belegtabellen versehen ist, giebt die vom Verf. auf der epidemiologischen Gesellschaft am 20. Mai 1891 und auf dem Internat. Hygienecongress im August 1891 gehaltenen Vorträge wieder. LEFFERTS.

17) **Tizzoni. Die Resistenz des Influenza-Bacillus gegenüber physikalischen und chemischen Agentien. (The resistance of the bacillus of influenza to physical and chemical agents.)** *N. Y. Med. Record. 25. Febr. 1893.*

Einer Temperatur von 42,5—46,0° C. widersteht der Bacillus 5—10 Minuten, 34,5—42,5° 10—15 Minuten und bei 31,0° bewahrt er seine Lebensfähigkeit mindestens 1 Stunde. In Wasserdampf von 83,5—85,5° C. wird der Bacill in 1 Minute vernichtet. Bei einer Temperatur von —30 bis —50° lebt er mindestens 15 Minuten, bei 0° bleibt er sehr lange am Leben. Rapider Austrocknung widersteht der Bacill 26 Tage; geht die Eintrocknung langsamer vor sich, so kann sich der Bacill 70 Tage und noch länger halten. Unter der Einwirkung des Lichtes geht der Bacill in 96—144 Stunden zu Grunde. Von den chemischen Agentien, die wirksam befunden wurden, steht obenan das Sublimat in einer Concentration von 0,1 pCt., die Carbolsäure, 2procentig, beide jedoch angesäuert mit Salzsäure im Verhältniss von 0,04 : 100. Nächst diesen kommt das Silbernitrat 1 : 100; dann Kali caust. 5procentig, das sich dem Argent. nitricum von 1 oder 2 : 100 vergleichen lässt und stets ein gutes Desinficiens von practischer Brauchbarkeit ist. Von den Mineralsäuren wirken Schwefel- und Salpetersäure schwächer als Salz- und Essigsäure. Zuletzt nach ihrer Wirksamkeit kommen das Resorcin und der Alkohol absolut. Borsäure von 5 pCt. und chlorsaures Kali von $1^1/_2$ pCt. zeigten gar keine Wirkung. LEFFERTS.

18) **Rosenthal** (Kissingen). **Ueber die Ausscheidung subcutan injicirten Morphiums durch den Speichel.** *Centralbl. f. klin. Med. 1. 1893.*

K. hat gefunden, dass Morphium durch den Speichel in nicht unbeträchtlichen Quantitäten ausgeschieden wird. SEIFERT.

19) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Tropacocain.** *Internat. klin. Rundschau. 1893. No. 8.*

Das Tropacocain ist zwar nicht so gefährlich als das Cocain, aber es erzeugt meist keine völlige Anästhesie, veranlasst keine Gefässcontraction, ja erzeugt oft starke Röthung und Reizung des Kehlkopfes. In Nase und Rachen ist zwar die Reizung geringer, aber die Empfindlichkeit wird nicht sicher beseitigt; ebenso wenig veranlasst es Contraction der Gewebe und Blutstillung. Deshalb räth es Seifert für unser Gebiet nicht an, CHIARI.

20) **Spengler** (Heidelberg). **Erfahrungen über die Wirkung des Alumnol und des Diaphtherin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 12. 1893.*

Das Alumnol — ein Adstringensantisepticum — bewährte sich bei den verschiedenen Formen von Pharyngitis, namentlich auch bei Pharyngitis sicca als 5proc. Bepinselung. Bei der letztgenannten Form verschwand die Krustenbildung und bekam die Schleimhaut ein normales Aussehen; besser ist jedoch die Wir-

kung auch nicht, als jene des Chlorzinks. Bei Kehlkopfaffectionen bewährte sich das Alumnol nicht.

Das Diaphtherin ist ein ausgezeichnetes Antisepticum; 0,5—1 proc. Lösungen brachten bei Empyema Highmori und Ozaena baldige Besserung; bei Ozaena werden mit $1^1/_2$ proc. Lösung getränkte Tampons 30 Minuten lang in der Nase belassen. SCHECH.

21) **A. Kuttner. Chromsäure bei syphilitischen Ulcerationen.** *Therap. Monatsh. 1891. Juni. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Empfehlung der Chromsäure. LANDGRAF.

22) **Lieven** (Aachen). **Weitere Erfahrungen über das Europhen (Cresoljodid) in der Rhino-Otologie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 16.*

L. hat das E. als Antisepticum, als secretionshemmendes und als secretionsförderndes Mittel angewendet. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **Onodi** (Budapest). **Die Nasenhöhle und ihre Nebenhöhlen.** A. Hölder. Wien 1893.

In den vorliegenden 12 Tafeln liefert Onodi nach anatomischen Durchschnitten naturgetreue Abbildungen einzelner Sagittal-, Frontal- und Querschnitte der Nase mit ihren Nebenhöhlen. Jeder Tafel ist eine kurze Erklärung beigegeben behufs rascherer Orientirung. Die Ausführung ist eine vortreffliche.

SEIFERT.

24) **Suchannek** (Zürich). **Beiträge zur mikroskopischen Anatomie der menschlichen Nasenhöhle, speciell der Riechschleimhaut.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*

Beim Neugeborenen ist die Tunica propria der Riechschleimhaut eingenommen von Drüsen, Olfactoriusfasern, Gefässen, und sämmtliche Gebilde sind zusammengehalten durch ein spärliches adenoides Gewebe. Das lymphoide Gewebe nimmt in den ersten Kinderjahren zu und überwiegt im Verhältniss zu den langsamer wachsenden Drüsen. Im Verlaufe der späteren Kinder- und Jugendjahre bis in die Mitte der 20er Jahre schrumpft das Keimlager wieder. Dann findet man in der Tunica propria Olfactoriusfasern, Blut-Lymphgefässe, Pigmentzellen (ab und zu hyaline Wurzeln) und alles verbunden durch ein spärliches feinfaseriges Gewebe mit eingestreuten Leukocyten. Die Menge des adenoiden Gewebes erreicht nicht diejenige der Regio respiratoria. Bei krankhaften Zuständen (Stauungen, hypertroph. Katarrhe, Ozaena im Frühstadium) überwiegt aber das lymphoide Gewebe. SEIFERT.

25) **Valentin** (Bern). **Zur Physiologie und Pathologie der Geruchsempfindungen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 1. 1893.*

V.'s Instrument zur Prüfung des Geruchsvermögens besteht aus einer äusseren Röhre, welche entweder aus porösem Thon verfertigt und mit riechender

Lösung getränkt wird, oder für klinische Zwecke besser direct aus schwach riechender Substanz, vulcanisirtem Gummi etc. angefertigt ist. In diesem Rohr wird ein inneres Glasrohr so hin und her geschoben, dass es die äussere riechende Röhre ganz oder zum Theil ausfüllt; die durch das Glasrohr nasal eingeathmete Luft streicht also über einen grösseren und kleineren Theil des riechenden äusseren Rohrs und wird so mehr oder weniger vom betreffenden Duft geschwängert. Eine Scala am Glasrohr dient zur Messung.

Vf. kommt mit diesem Instrument zu folgendem Ergebniss:

1. Leichte Anosmie wird mit dem Olfactometer leicht auch da nachgewiesen, wo sie direct nicht nachgewiesen werden kann.
2. Bei absoluter Anosmie wurde Ammoniak und Essigsäure doch recht stark empfunden, aber nicht erkannt, während Menthol (Kältereiz?) erkannt wird.
3. Hyperosmie, wirklich gesteigertes Geruchsvermögen, konnte in den Fällen, wo sie behauptet wurde, nicht nachgewiesen werden, und ist wohl eine auf psychisch gesteigerter Reaction beruhende Selbsttäuschung. — (?). —
4. Die Schärfe des Geruchs ist bei Kindern ausserordentlich gross, um mit steigendem Alter stetig abzunehmen. Die starke Empfindlichkeit alter Leute gegen manche Gerüche beruht auch auf psychischen Ursachen.

JONQUIÈRE.

26) R. Wurtz et Lermoyez (Paris). **Die bactericide Wirkung des menschlichen Mucus und besonders derjenigen der Nasenhöhlen. (Du rôle bactéricide du mucus humain et en particulier du mucus nasal.)** *Soc. de biolog. 15. juillet 1892.*

Aus den Experimenten der Vff. geht hervor, dass der nasale Mucus eine ausgesprochene bakteriocide Wirkung auf gewisse Mikroben besitzt. Besonders entschieden ist diese Wirkung gegenüber den Karbunkelbakteridien, wie sich die Vff. durch Plattenkulturen-Inoculationen haben überzeugen können. Nach drei Stunden langer Berührung mit genanntem Mucus bei einer Temperatur von 38° sind die Anthraxsporen bereits abgetödtet. Ein ähnliches Resultat wird mit allen anderen Mikroben erhalten; nur ist die Intensität der Wirkung verschieden. Vom physiologischen Standpunkte aus bieten diese Experimente ein unbestreitbares Interesse dar.

In den oberen Luftwegen und ganz besonders in den Vertiefungen der Nasenhöhlen wird die Luft von den meisten in ihr vorhandenen soliden Theilchen (die Mikroben eingeschlossen) befreit. Würden diese Mikroben oder ihre Sporen einen günstigen Kulturboden daselbst vorfinden, so würden sie sich im Ueberflusse entwickeln und infolge dessen würden die besten Bedingungen zur Bildung eines beständigen Infectionsherdes realisirt. Dank aber der erwähnten eigenthümlichen Wirkungen des Nasenmucus werden die Mikroben zerstört nach einer Berührung von einigen Stunden mit dem Nasenschleim. LUC.

27) **A. Scarenzio. Rhinoplastik. (Rinoplastica.)** *Atti del R. Ist. Lomb. di Sc. e Lettere. Bd. XXVI. H. VI—VII.*

Nur für Chirurgen von Interesse. TOTI.

28) **Potiquet. Untersuchungen über die anatomischen Ursachen der Verbiegung der Nasenscheidewand. — Besteht eine Beziehung zwischen dieser Verbiegung und der Inflexion der Gesichtsaxe von vorn nach hinten? (Recherches sur les causes anatomiques de la deviation de la cloison nasale. — Existe-t-il un rapport entre cette deviation et l'inflexion antero-posterieure de la face?)** *Bull. et Mem. d. l. société de laryng. de Paris. No. 7. Juli 1892.*

Die Untersuchungen P.'s sind an 400 Schädeln angestellt, die zum Bestande der Sammlung des Musée de l'amphithéâtre des hôpitaux gehören. In mehreren Tabellen giebt P. das Resultat seiner Untersuchungen und er schliesst, dass bei dem Pariser z. B. die knöcherne Nasenscheidewand um so viel mehr Neigung hat, sich nach der Seite zu krümmen, je ausgesprochener die Rotationsbewegung des Os praemaxillare um den Treffpunkt des hinteren Endes des Vomer mit dem Keilbeinkörper ist. E. J. MOURÉ.

29) **Potiquet** (Paris). **Kritische Studie über die Aetiologie der Nasenscheidewandverbiegungen. (Etude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale.)** *Méd. moderne. 17. u. 24. März 1892.*

Jede Deviation des Vomer oder der Lamina perpendicularis giebt Veranlassung zu einer Deviation des Gesammtknorpels der Nasenscheidewand und wenn später an die Stelle des Knorpels knöcherne Theile treten, so folgen diese nur der einmal eingeschlagenen Richtung. Die Verbiegungen kommen dadurch zu Stande, dass sich die Scheidewand nur unvollkommen den Veränderungen und Beziehungen, denen das übrige Knochengerüst beim Wachsthum unterliegt, anpasst. Von allen Einflüssen, die man angeschuldigt hat, die Ursache der Verbiegungen der Nasenscheidewand zu sein, sind nur zwei aufrecht zu erhalten: Das Trauma und der Mangel an Harmonie zwischen der Entwicklung des Septums und der des Knochengerüstes rings herum.

Indem er die Frage in's Auge fasst, wie weit die vergleichende Anatomie über diesen Punkt Aufklärung geben kann, zeigt P., dass die Symmetrie dieser Organe um so unvollkommener ist, je mehr man sich von dem anthropoiden Affen dem Menschen und zwar besonders dem Europäer nähert. Die Krümmung der Nasenscheidewand ist nach diesem Gesetze besonders bei den höheren Racen zu beobachten und sie geht mit dem Alter parallel. Es giebt aber auch eine normale Inflexion, die das Septum erleidet, von der Geburt an bis in das erwachsene Alter; es ist dies eine Art von Rotationsbewegung, die um den Keilbeinkörper als Centrum beschrieben wird und die dadurch verursacht wird, dass der Oberkiefer relativ sehr viel stärker in verticalem Sinne wächst, als in transversalem. Es ist nicht zu verkennen, dass die knorplige Scheidewand Schwierigkeiten hat, sich dieser Bewegung anzupassen und infolge dessen sich seitlich zu krümmen strebt. LUC.

30) **Potiquet. Verdickungen des vorderen unteren Theiles der Nasenscheidewand. — Die Rolle der Ossa subvomeriana und der Jacobson'schen Knorpel. (Des epaississements de la portion antero-inferieure de la cloison nasale. — Rôle des os sous-vomeriens et des cartilages de Jacobson.)** *Bull. et mem. de la société de laryngologie de Paris. No. 7. Juli 1892.*

Eine vergleichend anatomische Studie über die Anatomie der menschlichen Nasenhöhle, in der Vf. den Grund der Verdickungen des vorderen unteren Theiles der Nasenscheidewand klarzulegen sucht. — Der Jacobson'sche Knorpel ist nach P. ein Organ, das beim Menschen seinen Zweck verloren hat und ebenso nutzlos ist wie z. B. der Processus vermiformis. E. J. MOURE.

31) **J. A. Thompson. Auswuchs am Nasenseptum. (Spur on nasal septum.)** *Lancet-Clinic. 4. März 1893.*

Im T.'schen Falle sass am hinteren Theile der Excrescenz ein flügelartiger Fortsatz, der im gewöhnlichen Zustand dem Blick vollständig entzogen war. Man sah überhaupt nur eine kleine Geschwulst, aber der Fortsatz dort hinten drückte auf die mittlere Muschel und verursachte einen constanten Kopfschmerz. Der sichtbare Theil war knorplig, während derjenige Theil, der die Beschwerden verursachte, aus Knochen bestand und von dem Vomer ausging.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand mittelst Elektrolyse.** *XII. Congress f. innere Medicin. 1893.*

An einer Reihe von Zeichnungen bespricht Sch. die Entstehung der Verbiegungen der Nasenscheidewand. Ferner macht er auf die hierdurch bedingten Verengerungen der Nase aufmerksam, die eine wirksame Therapie erfordern. Als solche empfiehlt Vortr. die Electrolyse, deren Wirkung und Anwendungsweise er bespricht. Rheostat sei nothwendig, Ampèrameter zweckmässig, ebenso vorhergegangene Cocainisirung der Schleimhaut. In der Diskussion spricht sich Bresgen mehr für galvanokaustische Behandlung resp. für die Beseitigung der knöchernen Vorsprünge mit dem scharfen Meissel aus. SEIFERT.

33) **Ed. Meyer** (Berlin). **Ueber elektrolytische Behandlung der Leisten des Septum narium.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 22.*

M. berichtet über die Erfahrungen, welche in der königl. Universitätspoliklinik bei 23 Fällen gemacht sind. Die Zahl der nothwendigen Sitzungen schwankte zwischen 1 und 12. Als Electrode diente eine Doppelnadel mit Platin-Iridiumspitzen. Die Stromesintensität betrug Anfangs bis 14, später bis 30 Milliampères. Da bei den letzteren Stromstärken 2mal Perforationen des Septums resultirten, empfiehlt Meyer als die geeignetste Stärke 15—20 M.-A. Die Dauer der einzelnen Sitzung soll 5—7 bis höchstens 10 Minuten sein. Subjective Beschwerden machen sich bei genügender Cocainisirung nicht geltend. Eine Nachbehandlung ist nicht nothwendig. LANDGRAF.

34) **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Ueber die Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand mittelst der Elektrolyse.** *Berliner klinische Wochenschr. 1893. No. 19. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 17.*

Schmidt empfiehlt, nachdem er auf die Entstehung obiger Zustände und ihre Folgen hingewiesen, die Anwendung der Electrolyse als einer schmerzlosen Methode. Er wendet den negativen Pol an bei einer Stromstärke von 3—25 M.-A. 5—10 Minuten lang. Knorpelige Deviationen erfordern 2—10 Sitzungen, knöcherne mehr.

In der Diskussion tritt Bresgen für die galvanokaustische Zerstörung resp. für die Meisselbehandlung ein mit nachfolgender Einreibung von Methylenblau; die Zahl der nothwendigen Sitzungen sei viel kleiner als bei der Electrolyse.

LANDGRAF.

35) **Suchannek** (Zürich). **Ueber Ulcus septi narium simplex perforans (non specificum) und Perichondritis septi acuta „serosa" und „suppurativa".** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 8. 1893.*

Bezüglich der Aetiologie der chronischen runden Septum-Perforationen im vorderen, knorpeligen Theil nimmt Verf. gewohnheitsmässiges Nasenbohren mit dem Finger, Verletzung und Infection durch den Fingernagel an. Zur Infection helfen natürlich auch wohl die vielen in der Nase vorkommenden kleinsten Lebewesen mit. Das so entstehende Geschwür des Perichondrium führt zur Perforation. Der Defect in Folge von (später) Lues ist viel seltener.

Bei einem an Tuberculose verstorbenen Patienten wies S. anatomisch und mikroskopisch eine spontane Vernarbung und Heilung ohne Perforation nach.

Das Ulcus muss sofort gehörig mit Lapis behandelt werden, sonst kann das Uebergreifen auf die andere Seite des Septum und Gefässarrosionen zu ausgedehnter Nekrotisirung des Knorpels führen. Nach einer Periode von häufigen Blutungen und Ausstossung des Knorpelstückchens erreicht dann der perforative Process gewöhnlich seinen Abschluss. Dabei kommt es sehr selten zu Difformitäten, d. h. Einsenkungen der Nase. Nur wenn die Stelle, wo der septale Knorpel mit den Ossa nasalia durch einen Bindegewebsstreifen zusammengefügt ist, zerstört wird, dann kommt es zu dem Kainszeichen der Sattelnase, auch wenn das übrige Septum intact bleibt.

Verf. beschreibt nun, nachdem er einige einschlägige Fälle von Jurasz, Voltolini, Moure und Friedreich angeführt hat, zwei selbst behandelte Fälle von rein primärer und idiopathischer eiteriger acuter Perichondritis. Bei beiden, wie sonst immer auch bei den bekannten Fällen, war der vordere Theil des Septum halbkugelig stark vorgewölbt, und entleerte sich bei der Incision $^1/_2$ bis 1 Kaffeelöffel Eiter. Bei beiden mussten die Knorpelstückchen resecirt werden.

In dem Fall von Moure entstand nach der Heilung eine Einsenkung des Nasenrückens, in Folge der Ausdehnung des Entzündungsprocesses auf die obgenannten Stellen.

Verf. betont, dass Abscesse der Nasenscheidewand vielfach verkannt werden. Die durch professionelle Coryza in Fabriken entstehenden Perforationen des Septum (Einfluss der Chromsäure und ihrer Salze, des Arsens, Phosphors, Zink-

chlorürs, Schweinfurter Grüns, Kalks und Cementstaubes) hat Verf. wegen Mangel an eigenen Beobachtungen absichtlich übergangen. JONGUIÈRE.

36) **E. J. Benningham. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of the nasal septum.)** *Med. Age. 25. Februar 1893.*

Der Abscess war bei dem 11jährigen Knaben dadurch entstanden, dass derselbe auf das Strassenpflaster hingefallen und mit der Nase aufgeschlagen war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **C. E. Teets. Haematom und Abscess des Septum narium und eine neue Röhre zur Intubation der Nase. (Haematoma and abscess of the septum narium and a new tube for nasal intubation.)** *North American Journal of Homoeopathy. März 1893.*

Nach der Excision führt T. bei diesen Fällen in beide Seiten der Nase eine mit einer Oeffnung versehene Silbertube ein, die in ihrer Gestalt genau dem Naseninnern entspricht.

Die Vorzüge, die T. für diese Tuben gegenüber den Watte- und anderen Tampons und den Gummiröhren in Anspruch nimmt, sind die festere Stütze, die seine Röhren dem Septum geben, während sie gleichzeitig den Eiter und andere Sekrete durch die Perforationsöffnung abfliessen lassen; schliesslich halten sie die Nasenwege während der ganzen Behandlungsdauer für die Athmung gut offen.

W. G. SWIFT (LEFFERTS).

38) **John Dunn. Spontane Heilung eines Papilloms der Nasenscheidewand. (Spontaneous cure of a papilloma of the nasal septum.)** *N. Y. Med. Journal. 8. April 1893.*

Der Patient hat eines Tages an der Geschwulst seiner Nase mit der Spitze des kleinen Fingers gerieben und dabei „fiel die Geschwulst ab". Seit dieser Zeit hat Patient keinerlei Störungen mehr gehabt. LEFFERTS.

39) **Geo W. Major. Nasenscheidewandmesser. (Nasal septum knives.)** *N. Y. Med. Journ. 8. April 1893. Journ. of Laryng. Februar 1893.*

Diese Hakenmesser (für rechts und links passend) haben eine meisselartige Schneide und sind so um die seitliche Achse gebogen, dass sie einen sicheren Halt an dem hinteren Rand der Excrescenz haben. Mit einem langsamen und kräftigen Zuge wird der Operateur in der Mehrzahl der Fälle die Prominenz abschneiden können.

Dazu gehört ein allgemeiner Handgriff mit einer Gelenkvorrichtung, auf den jedes der nach Grösse, Gestalt und Krümmung verschiedenen Messer passt.

Diese Messer sind speciell für die Klasse von Fällen bestimmt, in denen eine lange Crista oder ein Dorn in horizontaler Richtung von vorn nach hinten am unteren Drittel des Septums, nahe dem Nasenboden, verläuft.

LEFFERTS.

40) **Treitel. Angeborene Verwachsung des Septums mit der unteren Muschel.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 14.*

T. fand bei einem Herrn, der ihn wegen obigen Leidens consultirte, einen

missgestalteten, nach rechts verzogenen weichen Gaumen, den harten Gaumen zu kurz, seine hinteren Platten nicht genügend verwachsen. LANDGRAF.

41) **G. Sand** (Kopenhagen). **Schleimdegeneration der Nasenmuscheln beim Pferde. (Slimdegeneration af Muslingebenene hos Hesten.)** *Manedsskrift for Dyrlaeger. V. 1893. IV. B. S. 297.*

Verf. theilt einige Fälle von eigenthümlicher Schleimdegeneration der Conchae und der umgebenden Gesichtsknochen beim Pferde mit. Die Krankheit greift besonders die jungen Thiere an und entwickelt sich relativ schnell. Sie bewirkt eine bedeutende Ausdehnung der Cavitäten der Muschel-, Oberkiefer- und Stirnknochen und eine schleimig-seröse Ansammlung in denselben; daraus resultirt ein Nasenausfluss, Deformität des Gesichts und mehr oder weniger hervortretende Athembeschwerden. Das Leiden scheint, operativ behandelt, heilbar zu sein. SCHMIEGELOW.

42) **Mürhold. Entfernung der hinteren Hälfte einer unteren Nasenmuschel auf galvanokaustischem Wege. (Removal post half of one of the inferior turbinated bones — by galvano-cautery.)** *N. Y. Med. Record. 4. Febr. 1893.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

43) **W. C. Phillips. Ein Fall von Haemoptysis nach galvanischer Aetzung der linken unteren Nasenmuschel. (A case of haemoptysis following galvanocauterization of the left inferior turbinated bone.)** *Annals of Ophth. and Otology. Januar 1893.*

Etwa 2 Wochen nach der Operation hatte der Pat. einen schweren Anfall von Hämoptoe, nach welchem sich sehr schnell eine Caverne in der linken Lunge entwickelte.

P. hält das Aufeinanderfolgen der beiden Dinge für ein rein zufälliges.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **P. Colombini** (Siena). **Ueber die Behandlung des Rhinoskleroms. (Sulla cura del rinoscleroma.)** *Riforma Medica. No. 209, 210 u. 211. 1892.*

Da es sich um eine in ihrer Entwicklung unaufhaltbare Krankheit handelt, ist nur von einer energischen chirurgischen Therapie Erfolg zu hoffen. Ausgiebige Entfernung des kranken Gewebes bis weit in das anscheinend gesunde, mit, wenn nöthig, nachträglicher Plastik, ist das einzige Mittel das Uebel zu heilen.

TOTI.

45) **Steinbrügge. Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1892. No. 40.*

Demonstration der Durchleuchtung in der medic. Gesellschaft in Giessen. Keine Details. LANDGRAF.

46) **M. Scheier** (Berlin). **Ueber Schussverletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 17.*

1. Schussverletzung der Stirnhöhle resp. des Siebbeinlabyrinths. Lähmung des r. Nerv. trigeminus mit Ausnahme des N. crotaphit.-buccinat., Lähmung des rechten Opticus und Olfactorius.

2. Verletzung des Antrum Highmori.
3. Schussverletzung des Gaumens und des Naseninneren.
Wesentlich chirurgisch. LANDGRAF.

47) V. Cozzolino (Neapel). **Chirurgie der Nebenhöhlen der Nase. (Chirurgia dei seni nasali.)** *Morgagni. 1892. No. 4.*

Nach Aufzählung seiner früheren, sein Interesse für die neuere Pathologie und Chirurgie der Nasenhöhlen und Nebenhöhlen beweisenden einundvierzig Veröffentlichungen, beschreibt C. das Instrumentarium und die Technik der chirurgischen Behandlung der Naseneiterungen. Neue Gesichtspunkte hat Ref. in der Arbeit nicht finden können. TOTI.

48) V. Cozzolino (Neapel). **Thrombotische Phlebitiden der Durasinusse, aus localen infectiösen oder chirurgischen Entzündungen des Hörapparates, des Felsenbeins und der collateralen Theile, der Nase und der primären und secundären Nasenhöhlen, des Pharynx, der Fauces, Zähne, Lippen etc. (Trombofiebiti dei seni della dura madre da flegosi locali infettive o chirurgiche dell'apparato uditivo, della rocca petrosa e parti collaterali, del naso e delle cavita nasali primarie e secondarie, della faringe, delle fauci, delle labbra, dei denti ecc.)** *Boll. dell'Orecchio etc. 1893. No. 4, 5, 6.*

Der ganze Stoff wird in 6 Vorlesungen getheilt. Der die Leser des Centralblatts interessirende Theil (Phlebitiden aus Läsionen der Nasenhöhlen, des Pharynx, der Lippen, des Mundes, der Zähne und des Halses) wird in der dritten Vorlesung behandelt. Eigene Beobachtungen besitzt C. nicht, trotzdem er 7000 bis 8000 Nasenkranke gesehen. Der Gegenstand wird daher in compilatorischer Form dargelegt. Die Zusammenstellung scheint fast ausschliesslich aus französischen Thesen und Arbeiten gemacht worden zu sein. TOTI.

49) P. Heymann (Berlin). **Ueber gutartige Geschwülste der Highmorshöhle.** *Virch. Arch. 129. 1892.*

H. fand in 500 Oberkieferhöhlen 31 mal mehr oder minder grosse Geschwülste.

1. Kiefercysten:
   a) eine abgeschlossene Cyste, in deren Hülle die Wurzelspitzen der drei Molares eingebettet waren;
   b) Cysten (2), auf den Wurzeln cariöser Zähne aufsitzend;
   c) grössere Cyste, die die vordere Wand der Höhle usurirt hatte; eine kleinere hatte sich in der Knochen-Spongiosa entwickelt;
   d) Cyste, innen ohne Epithel, war mit einer pyogenen Membran ausgekleidet und zeigte missfarbigen Inhalt.
2. Osteome sah er 3 mal:
   a) eine hirsekorn- bis linsengrosse aus compacter Knochensubstanz bestehende Knochenbildung in der Infraorbitalbucht;
   b) über erbsengrosse, der vorderen Wand aufsitzende Geschwulst, die mit Cysten und Polypen vergesellschaftet war;

c) dicke, geschwulstartige, sehr compacte Knochenschicht über den Zahnwurzeln.

3. Polypen. Unter 250 Fällen fand H. 14mal Polypen, nie mehrere Schleimpolypen zusammen in einer Höhle; sie zeigen gelegentlich Cysten und sitzen, zuweilen breitbasig, vor oder im Ostium maxillare.

Einmal fand H. einen kiemenförmigen Polypen; beim Durchsägen der Höhle sah man dieselbe von einer krümeligen Masse erfüllt, nach deren Entfernung ein Bild übrig blieb, das sich mit den Kiemen der Fische vergleichen lässt oder mit der rissigen Borke mancher Bäume.

4. Cysten der Kieferhöhlenschleimhaut fanden sich 19mal, und zwar immer mehrere in demselben Antrum; am meisten bevorzugt ist die innere und untere Wand. Die Cysten entstehen aus verschlossenen Drüsen oder deren Ausführungsgängen.

A. ROSENBERG.

50) **D. N. Rankin. Krankheiten der Stirnhöhlen. (Diseases of the frontal sinus).** *N. Y. Med. Journal. 19. Nov. 1892.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

51) **Montaz** (Grenoble). **Empyem des Sinus frontalis.** *Dauphiné médical. Avril 1893.*

In diesem Artikel findet sich ausser einem vollkommen historischen Berichte über den Gegenstand die Beschreibung eines interessanten vom Verf. beobachteten Falles.

Es handelt sich um einen 62jähr. Mann, der 24 Jahre vorher am inneren Ende der rechten Augenbraue von einem Holzsplitter verwundet wurde (Blosslegung des Knochens und Hämorrhagie). Nach einige Wochen dauernden Kopfschmerzen in der frontonasalen Gegend trat eine übelriechende Eiterung aus der rechten Nasenhöhle ein. Während der folgenden Jahre verschwindet die Naseneiterung und kommt zu wiederholten Malen wieder zum Vorschein, wobei jeder Stillstand der Eiterung von einem Wiederausbruch der Schmerzen begleitet wird. Im letzten Jahre Entwicklung einer Anschwellung an der linken, dann an der rechten inneren Augenbrauengegend. Einige Zeit nachher tritt Fieber mit Abmagerung und anderen septicämischen Erscheinungen auf. Zum Patienten gerufen schlägt M. die sofortige Eröffnung beider frontalen Höhlen vor. Erst drei Monate später wird die Operation bewilligt und nach Verf.'s Methode ausgeführt. Nach Trepanation des Knochens wird constatirt, dass beide Höhlen mit einander communiciren. Wiederherstellung der Durchgängigkeit des Infundibulum; antiseptische Ausspülungen. Diese späte Operation kann aber die Fortschritte der Septicämie nicht aufhalten. Anurie tritt ein und 8 Tage nach dem operativen Eingriffe erfolgt der Exitus. Section nicht bewilligt. LUC.

52) **Mayo Collier** (London). **Die Bradshaw-Vorlesung. (The Bradshaw lecture.)**
53) **Cristopher Heath** (London). **Do.**
54) **Edward Woakes** (London). **Do.**
55) **N. Stevenson** (London). **Do.**
56) **Sidney Martin** (London). **Necrotisirende Ethmoiditis. Eine Entgegnung. (Necrosing Ethmoiditis. A disclaimer.)**
57) **W. Spencer Watson** (London). **Necrose des Siebbeins. (Necrosis of the Ethmoid.)** *Brit. Med. Journ. 10., 17., 24. u. 31. Dec. 1892.*

Eine Reihe von Briefen, die sich alle auf die in der von Heath gehaltenen Bradshaw-Vorlesung ausgedrückten Anschauungen beziehen. Hauptsächlich handelt es sich um die Ansichten Collier's über die Aetiologie der Nasenverbiegungen, um die Durchleuchtung des Antrum, vor allem aber um Woakes' Theorie von der necrotisirenden Ethmoiditis. MACKENZIE-JOHNSTON.

58) **Ed. Woakes** (London). **Necrotisirende Ethmoiditis. (Necrosing ethmoiditis.)**
59) **Lennox Browne** (London). **Do.** *Brit. Med. Journ. 14. Jan. 1893.*

Zwei Briefe an den Herausgeber, in denen die Discussion über die Woakes-schen Theorien fortgesetzt wird. MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **G. C. Wilkin** (London). **Necrotisirende Ethmoiditis. (Necrosing ethmoiditis.)**
61) **S. J. Taylor** (Norwich). **Do.** *Brit. Med. Journ. 21. Jan. 1893.*

Zwei Briefe an den Herausgeber, theils polemischen, theils kritischen Inhalts; der erstgenannte Autor bringt einige Stützen für die Woakes'sche Theorie bei. MACKENZIE-JOHNSTON.

62) **Edward Woakes** (London). **Weitere Beobachtungen über necrotisirende Ethmoiditis. (Further observations on necrosing ethmoiditis.)** *Brit. Med. Journ. 10. Juni 1893.*

Des Verf.'s Ansichten über dieses Leiden sind im Centralblatt bereits referirt worden. In der vorliegenden Arbeit präcisirt W. noch einmal seinen Standpunkt und erwidert auf einige neueren Kritiken seiner Ansichten.

MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **J. H. Bryan. Ein Fall von eitriger Ethmoiditis. (A case of suppurating ethmoiditis.)** *N. Y. Med. Journ. 28. Jan. 1893.*

Verf. berichtet über einen interessanten Fall von Eiterung der Siebbeinzellen mit Ausgang in Caries; er illustrirt damit ein Leiden, das als Rhinitis caseosa beschrieben worden ist. LEFFERTS.

64) **Rnault. Ein Symptom der Eiterung der vorderen Siebbeinzellen. (Signe de la suppuration des cellules ethmoidales antérieures.)** *Archives de laryngolog. No. 1. 1893.*

Constatirt man die Verdunkelung der Gegend des Nasenbeins bei einem Patienten mit eiterigem Ausfluss aus dem mittleren Nasengang und gleichzeitig

die Durchleuchtbarkeit des Sinus maxillaris derselben Seite, so ist dies ein werthvolles Symptom, das auf ein Empyem der Siebbeinzellen hinweist.

E. J. MOURE.

65) **W. R. H. Stewart** (London). **Ein Fall von Eiterung in den Siebbeinzellen. (A case of suppuration in the ethmoidal cells.)** *Lancet. 29. April 1892.*

Im Anschluss an eine fieberhafte Erkrankung vor 20 Jahren hatte die Pat. einen Abscess im Winkel des rechten Auges gehabt. Dieser heilte damals, hinterliess aber gelegentliche Schmerzanfälle. — Als Verf. die Pat. vor 2 Jahren sah, litt sie an einem solchen acuten Schmerzanfall, das rechte Auge war nach aussen und unten gedrängt, und man constatirte an dem inneren oberen Winkel der Orbita eine runde Geschwulst. Die mittlere Nasenmuschel war von einer weiten Schwellung eingenommen, hart und fest. Nachdem Verf. ausgiebige Incisionen in den Augenwinkel und die mittlere Nasenmuschel gemacht hatte, konnte er durch Ausspülungen eine grosse Menge necrotisirten Gewebes und todten Knochens entfernen. Die Pat. wurde danach schnell gesund.

MACKENZIE-JOHNSTON.

66) **G. Strazza** (Genua). **I. Grosse cystische Geschwulst des Siebbeins. II. Vollständiger Verschluss des Nasenrachenraums. (Grosso tumore cistico dell'etmoide. Chiusura completa del cavo faringeo superiore.)** *Boll. d. Mal. dell' Or. 1892. III.*

I. Die Cyste hatte sich nach S. in der Schleimhaut einer Siebbeinzelle der rechten Seite entwickelt, und hatte, indem sie die Septa der anderen Zellen usurirte, den ganzen pneumatischen Siebbeinraum ausgefüllt. Schon vor zehn Jahren hatte die 20jährige Pat. Zeichen von Exophthalmus dargeboten; später Verlagerung der inneren Orbitalwand und des Nasenrückens nach der anderen Seite, allmälig vollständiger Verschluss der rechten und Stenose der linken Nasenhöhle. Rhinoskopisch grosser die ganze rechte Nasenhöhle ausfüllender Tumor, der eine knöcherne Consistenz bei der Sondenuntersuchung darbietet, und bei der Durchleuchtung eine hellrothe Farbe annimmt. Durchbohrung mit starkem Trocart. Ausfluss einer grossen Menge dicker, gelblicher Flüssigkeit. Abtragung der (knöchernen) Cystenwand, bis zur vollständigen Wegsamkeit der Nasenhöhle. Nach $2^1/_2$ Monaten war der Exophthalmus fast vollständig verschwunden.

II. Bei einer 39jährigen, keine Anamnese und auch keine Spuren von Lues aufweisenden Patientin sind Rachendach und Choanen postrhinoskopisch unsichtbar wegen einer auf der hinteren Fläche des Velums, auf den hinteren und den seitlichen Wänden des Nasopharynx inserirenden Membran. Letztere zeigt links ein kleines Loch. In mehreren Sitzungen ausgeführte galvanokaustische Zerstörung der Membran führte Heilung herbei.

TOTI.

67) **Jean. Ein neuer Apparat zur Drainage für die Behandlung der Sinus-Abscesse. (Nouvel appareil à drainage pour le traitement des abscès des sinus.)** *Odontologie. 1892. No. 11. p. 511.*

Nachdem der Ausflusscanal geschaffen ist, führt der Verf. eine wurstförmig construirte Röhre aus Gold oder Platina ein, die in ihrer Grösse dem Fall ent-

sprechend sein muss. Die Drainage geht an der ganzen Länge des Rohrs vor sich, dessen Windungen Spielraum für dieselbe lassen. Das Drainrohr nimmt die Flüssigkeiten seitlich auf, seien dies nun Pus, normale Secrete oder antiseptische Lösungen, die mittelst der Spritze irrigirt worden sind. Das Drain muss während der Ruhe verstopft werden, am besten durch einen künstlichen Zahn, der zugleich zum Kauen dienen kann.

J. BARATOUX.

68) **R. C. Myles. Irrigationsröhren für die Nebenhöhlen der Nase. (Accessory sinus irrigation tubes.)** *N. Y. Med. Record. 19. November 1892.*

Eine etwa $4^1/_2$ Zoll lange Röhre aus reinem Silber mit einem kolbig verdickten Ende, das auf ein Hartgummirohr passt. Das andere distale Ende ist etwas länger als das Mittelstück des Rohres und ist abgerundet, um eine Verletzung der Schleimhaut bei der Benutzung zu verhüten. Man soll sich 3 oder 4 verschiedene Grössen von diesen Röhren vorräthig halten und zwar von einer engen an, so eng, als sie sich überhaupt für diesen Zweck noch herstellen lässt, aus der ein Strahl ausfliessen kann, nur wenig stärker, als der einer gewöhnlichen Subcutanspritze, bis zu einer Grösse von dem Caliber etwa eines Platindrahts No. 22.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

69) **Plicque. Die Allgemeininfectionen von den Zähnen aus. (Les infections générales d'origine dentaire.)** *Gaz. des hôpitaux. 1892. p. 1118.*

Die Infectionen, die von den Zähnen ihren Ursprung nehmen, stellen sich unter zwei Formen dar: einer localen, die charakterisirt ist entweder durch Osteo-Periostitis oder durch eine Drüsenphlegmone. Bei diesen Affectionen muss man die alveoläre Pyorrhoe oder den cariösen Zahn suchen, die als Ausgangspunkt der Infection gedient haben. Die zweite Form der Infection vom Zahne aus, die Allgemeininfection, ist weniger bekannt. Der Verf. hat mehr als 10 Fälle gesehen, in denen die Extraction eines cariösen Zahns sich für die Wiederherstellung des schwankenden allgemeinen Gesundheitszustandes nützlich erwies. Digestionsbeschwerden scheinen die häufigste Folge zu sein. Ausser der Mangelhaftigkeit des Kauens muss man noch die Intoxication mit in Rechnung ziehen, welche durch die Einführung der in den cariösen Zähnen oder in den periostitischen Herden gebildeten Gifte zu Stande kommt.

Die acuten Allgemeininfectionen mit Ursprung an den Zähnen sind seltener, aber auch schwerer als die chronischen Infectionen. In der Mehrzahl der Fälle kommt die Infection durch das Mittelglied irgend welcher localer Complicationen zu Stande, welche die Folgen der Veränderungen am Zahne sind. Es kann zu einer Osteo-Periostitis des Oberkiefers mit Phlebitis der Vena facialis kommen, weiterhin zu einer Ausbreitung auf die Hirnsinus und dadurch zu einer tödtlichen Meningo-Encephalitis. Ein ander Mal entsteht eine Phlegmone am Halse und eine eitrige Pleuritis. Auch die Angina Ludovici hat manchmal ihren Ursprung in

einem kranken Zahn. In gewissen Fällen endlich dringen Mikroorganismen direct in das Blut ein. E. J. MOURE.

70) **W. Ramsay Smith** (Edinburg). **Blutung aus den Alveolen gestillt durch Auflegen von Puff-Ball (Lycoperdon giganteum). (Haemorrhage from the alveoli checked by puff-ball [Lycoperdon giganteum].)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1893.*

Der Verf. benutzte dünne Scheiben des obengenannten Pilzes und fand sie sehr wirksam als Stypticum. P. MC BRIDE.

71) **J. Burgers** (Dublin). **Ein letaler Fall von Blutvergiftung nach Extraction eines Molarzahnes. (A fatal case of blood poisoning after extraction of a molar tooth.)** *Dublin Journ. of Med. Science. Mai 1893.*

Der gezogene Zahn war der zweite Molarzahn des Unterkiefers. Es scheint zuerst eine harte Schwellung des Zahnfleisches bestanden zu haben, die sich dann auf die äusseren Gewebe ausdehnte. Eine Scarification blieb ohne Erfolg und die Zellgewebsentzündung griff auf die linke Halsseite über. Eine Besserung trat ein, als der Pat. Pus aushustete. Vierzehn Tage nach dem Beginn der Erkrankung entwickelte sich ein Gesichtserysipel, welches nach wenigen Tagen abheilte, ohne dass jedoch die Temperatur sank. Danach trat ein Zustand ein, der nach der gegebenen Beschreibung als eine diphtheritische Halsentzündung aufgefasst werden muss. Später entwickelten sich multiple Abscesse, nach deren Eröffnung einige Tage der Besserung eintraten. Dann aber bekam der Pat. Delirium und starb im Coma. P. MC BRIDE.

72) **v. Bergmann** (Berlin). **Zur Casuistik der arthrogenen Kieferklemme.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 45. Bd. 3. Heft. 1893.*

Bei dem 20jährigen Mädchen handelte es sich um eine complete Synostose des oberen Abschnittes vom linken Unterkieferaste mit der Schädelbasis, wahrscheinlich entstanden durch das Anlegen der Geburtszange. Es wurden beide Proc. condyloid. und beide Fortsätze des Unterkieferastes resecirt und durch eine geeignete Nachbehandlung nicht nur eine ziemlich gute Beweglichkeit des Unterkiefers, sondern auch ein Vernarben des Unterkiefers erzielt. SEIFERT.

73) **Arthur E. Barker. Ankylose des Kiefers. (Ankylosis of the jaw.)** *Lancet. 20. Mai 1893.*

Beschreibung einer Operation für die Ankylose der Kiefer nebst Bericht über einen Fall, in dem das Gelenk auf einer Seite resecirt worden und volle Heilung eingetreten war. MACKENZIE-JOHNSTON.

74) **J. Dougall** (Glasgow). **Bericht über die im Glasgow Royal Infirmary im Juni 1892 behandelten Fälle. (Analysis of cases treated in the Glasgow Royal Infirmary Juny 1892.)** *Glasgow Med. Journal. Mai 1893.*

Der einzige Fall, der für unsere Leser Interesse hat, war ein tonischer Krampf des Unterkiefers, von dem jedoch der Verdacht bestand, dass er simulirt wurde. P. MC BRIDE.

75) **Lanz** (Bern). **Osteoplastische Resection beider Oberkiefer nach Kocher.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 35. Heft 5 u. 6. 1893.*

An der Hand eines mit Glück operirten Falles von Sarcom der Nase resp. Nasenrachenraumes bespricht L. die von Kocher zur Entfernung solcher Neubildungen geübte Methode, welche in medianer Spaltung des Oberkiefers und Aufklappen desselben nach beiden Seiten hin besteht. SEIFERT.

76) **D. Lowson** (Hull). **Inframaxillare Incision zur Excision des Oberkiefers. (Infra-maxillary incision in excision of the upper jaw.)** *Brit. Med. Journal. 6. Mai 1893.*

Eine Notiz über die Technik dieser Operation unter möglichser Vermeidung jeder Entstellung. MACKENZIE JOHNSTON.

77) **R. C. Ackland** (London). **Apparat für Fracturen des Unterkiefers. (Apparatus for fractures of the lower jaw.)** *Lancet. 8. April 1893.*

Beschreibung eines Apparates, der mit Leichtigkeit den gebrochenen Knochen fixirt. MACKENZIE-JOHNSTON.

78) **J. E. van Iterson** (Leiden). **Beitrag zur Behandlung der Actinomycose. (Bijdrage tot de therapie der actinomycose.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1892. II. No. 23.*

I. sah in zwei Fällen von Actinomycose vollständige Heilung durch innerlichen Gebrauch von Jodkalium. In dem ersteren Fall war eine Actinomycose des Mundbodens bereits in die Unterkiefergegend perforirt und hatte auch einmal Erstickungsanfälle ausgelöst. Nach Darreichung von $1^1/_2$—2 g Jod. Kal. pro Tag (total 250 g) war Patient geheilt. Im anderen Fall sass der Process im Abdomen. H. BURGER.

79) **Hildebrand** (Göttingen). **Weiterer Beitrag zur Lehre von den durch abnorme Zahnentwicklung bedingten Kiefertumoren.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 35. Heft 5 u. 6. 1893.*

Bei einem 12jährigen Knaben, dem etwa 1 Jahr vorher ca. 150—200 Zähne aus den Kiefern entfernt worden waren, hatten sich von Neuem Zahnmassen in den Kiefern entwickelt, welche entfernt werden mussten. Bei dieser zweiten Operation wurden wieder etwa 150 Zähne entfernt und ausserdem aus dem Unterkiefer zwei rundliche, glasig gequollen aussehende Gewebskörper, welche sich als Zahnanlagen herausstellten. Aus den Untersuchungen Hildebrand's geht hervor, dass im Kiefer eine Menge Epithel vorhanden war, welches sich in Schmelzorgan umzuwandeln vermochte und dass ferner das Bindegewebe in gleicher Menge und auf die gleich lange Zeit hinaus die Fähigkeit behielt, Dentinkeime zu bilden. SEIFERT.

80) **Albert u. Hermann Gutzmann** (Berlin). **Zur Prognose und Behandlung der angeborenen Gaumendefecte.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. gesammte Sprachheilkunde. 3. 4. 1893.*

Auf Grund ihrer zahlreichen Beobachtungen (93 Fälle sind in einer Tabelle aufgeführt) empfehlen die Verff., in jedem Falle die Operation der Gaumendefecte,

wo Aussicht vorhanden ist, dass der Patient ohne Obturator gut sprechen lernt, oder wo die Verhältnisse den Fall nicht als inoperabel erscheinen lassen. Ferner plädiren sie dahin, dass die Chirurgen die Operation vor dem schulpflichtigen Alter vollenden, da der moralische Gewinn unberechenbar ist, den das Kind dadurch geniesst, dass es von vornherein auch bezüglich seiner Sprache den Mitschülern ebenbürtig ist.

Ein Theil der von ihnen mitgetheilten Fälle wurde nur mit Obturator, ein anderer Theil mit Operation und Obturation und ein dritter Theil nur mit Operation der Gaumendefecte behandelt. SEIFERT.

81) **Küster** (Marburg). **Zur Uranoplastik.**

J. Wolff (Berlin). **Ueber den functionellen Erfolg der frühzeitigen Uranoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 18 u. 19. Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 18.*

Von ausschliesslich chirurgischem Interesse. LANDGRAF.

82) **Gutzmann** und **Hadra. Demonstration von Gaumensegelbewegungen mit Krankenvorstellung.** *Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 20. Deutsche medic. Wochenschr. 1893. No. 19.*

G. hat an einer Kranken, der von H. wegen eines Sarkoms die Oberkieferresection gemacht war, die Gaumensegelbewegungen und die Verhältnisse des Passavant'schen Wulstes studirt und graphisch fixirt. Er fand, dass das Gaumensegel bei stärkerem Vocalanschlag sich stärker hebt, als bei schwachem Vocalanschlag. LANDGRAF.

83) **Réthi. Die Motilitätsneurosen des weichen Gaumens.** Wien, Hölder. 1893.

Eine grosse Anzahl fremder sowie eigener Beobachtungen und Thierversuche benutzt R. zu einer klinischen Studie über die Innervationsverhältnisse des weichen Gaumens. Es geht aus diesen Zusammenstellungen hervor, dass der Vagus der ausschliessliche motorische Nerv des Gaumensegels sei (? Red.). Die für den Levator veli palatini bestimmten Fasern verlaufen in den Nervenwurzeln des Vagus und auch der Ramus intern. des Accessorius muss anatomisch und physiologisch als zum Vagus gehörig betrachtet werden. (Danach kommt die ganze Frage darauf hinaus, was man „Vagus" nennen soll, und was nicht. Red.) Die motorischen Fasern des Levator sind im R. pharyng. vagi enthalten und verlaufen in dem aus dem Plexus pharyng. hervorgehenden Ast. Der Facialis betheiligt sich nicht an der motorischen Versorgung des Gaumensegels.

Die Richtung, nach welcher die Uvula steht, kann nicht verwerthet werden, um zu bestimmen, welche Seite des Velum gelähmt ist, da Deviation der Uvula auch ohne nervöse Lähmung, durch halbseitige Degeneration des M. azygos uvulae zu Stande kommt. SEIFERT.

84) **F. Swinford Edwards** (London). **Maligne Geschwulst des harten und weichen Gaumens. (Malignant disease of hard and soft palate.)** *Brit. Med. Journ. March 18. 1893.*

Demonstration des Patienten, eines im mittleren Lebensalter stehenden

Mannes, mit ausgedehnter, wahrscheinlich maligner Erkrankung des harten und weichen Gaumens, am 3. März 1893 vor der West London Medico-Chirurgical Society. Details sind nicht angegeben. SEMON.

85) **G. Romine. Rheumatische Pharyngitis. (Rheumatic pharyngitis.)** *Lehigh Valley Med. Magazine. April 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

86) **v. Wild** (Cassel). **Nebenwirkung von fortgesetztem Hydrastingebrauch.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 13.*

v. W. beobachtete als sehr unangenehme Nebenwirkung eine ausserordentlich hartnäckige schmerzhafte Pharyngitis. LANDGRAF.

87) **F. H. Plummer. Acute infectiöse Phlegmone des Rachens. (Acute infectious phlegmon of the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 25. März 1893.*

Nichts Wichtiges. LEFFERTS.

88) **S. Kohn. Acute infectiöse Phlegmone des Rachens im Anschluss an folliculäre Tonsillitis — Tod in 72 Stunden. (Acute infectious phlegmon of the pharynx following follicular tonsillitis — death in seventy-two hours.)** *N. Y. Med. Record. 4. März 1893.*

Der Fall ist von seltenem Interesse aus folgenden Gründen:

1) Neben der folliculären Tonsillitis brach ein acutes septisches Fieber aus, das die Nervencentren inficirte (?) und innerhalb 72 Std. den Tod durch Herzschwäche herbeiführte.

2) Bevor ein chirurgischer Eingriff noch recht indicirt war, war der Patient todt. Ein Kehlkopfoedem, behufs dessen die Tracheotomie oder Intubation hätte gemacht werden können, war absolut nicht vorhanden. Die entzündliche Infiltration des Zellgewebes am Kinn und Hals war so diffus und hart, dass eine Incision nicht in Frage kommen konnte; Fluctuation war noch nirgends vorhanden und deshalb wurde der Einschnitt vertagt, bis man sicher Pus entleeren würde.

3) Fälle dieser Art sind sehr selten in der Literatur berichtet, während sie in der Praxis vielleicht nicht so selten vorkommen. LEFFERTS.

89) **Arpad G. Gerster. Acute infectiöse Phlegmone des Rachens oder Angina Ludovici? (Acute infectious phlegmon of the pharynx or angina Ludovici?)** *N. Y. Med. Record. 11. März 1893.*

G. kritisirt die Diagnose und Behandlung in dem Kohn'schen Falle (siehe das vorstehende Referat), den K. als acute infectiöse Phlegmone des Rachens angesprochen hat. Er glaubt, dass es sich um eine Angina Ludovici gehandelt hat und sagt bezüglich der richtigen Behandlung dieses Leidens:

„Ich habe immer betont und betone wieder, wie wichtig und absolut nothwendig eine frühzeitige und ausgiebige Incision bei der Angina Ludovici ist. Die hauptsächlichste Indication ist nicht sowohl die Entleerung von Eiter als die Entspannung. Es ist bemerkenswerth, wie gross und schnell die Besserung nach solch einer Incision ist. Natürlich ist die Narkose dabei unerlässlich und wenn

keine Fluctuation vorhanden ist, die dem Chirurgen zur Leitung dient, so muss man sorgsam präparirend auf die Submaxillardrüse einschneiden. Diese Drüse ist der Herd des Uebels und man wird sie stets mehr oder weniger erkrankt finden, mindestens ein paar Tropfen einer ichorösen Flüssigkeit oder eines dünnen, sehr fötiden Eiters wird sie stets enthalten. Auf Fluctuation zu warten, halte ich für falsch, weil es viel mehr Gefahren in sich birgt als eine richtig gemachte Incision."

LEFFERTS.

90) **Samuel Kohn. Zur acuten infectiösen Phlegmone des Rachens. (On acute infectious phlegmon of the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 18. März 1893.*

K. hält an der Richtigkeit seiner Diagnose fest und bestreitet, dass es sich in seinem Falle um eine Angina Ludovici gehandelt habe. (Es dürfte sich eines Tages zeigen, dass beide Affectionen identisch sind. F. S.)

LEFFERTS.

91) **Hemenway. Pharynxmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *N. Y. Medical Record. 14. Januar 1893.*

Die Rachenmykose ist für den Arzt ein sehr peinliches Leiden; sie ist häufig vermengt mit anderen Affectionen, besonders mit folliculärer Pharyngitis. Ihre Aetiologie ist ungewiss. Catarrhalische Entzündungen, Mundathmen, Hypertrophie der Mandeln und feuchte ungesunde Umgebung sind prädisponirende Ursachen. Das Leiden ist bei Frauen häufiger als bei Männern. Auch die Zahncaries und die Krankheiten der Haut werden als Ursachen erwähnt. Die Form der Bakterien legt die Vermuthung nahe, dass diese vielleicht mit den in stagnirendem Wasser gefundenen Pilzen in enger Beziehung stehen. Die Rachenmykose ist eine chronische Krankheit mit Exacerbationen und Besserungen. Die subjectiven Symptome wechseln von leichtem Kitzel bis zu ausgesprochener Enge. Häufig besteht ein kurzer Husten, bisweilen mit Erbrechen. Die Reizung führt oft zu Entzündung der Mandeln. Objectiv sind weisse oder gelbliche Flecke an der Rachenwand sichtbar, die gewöhnlich von den Crypten der Tonsillen hervorragen. Die Herdchen sind schwer zu entfernen und kommen sehr schnell wieder. Die follicularen Anhäufungen können Leptothrixfäden enthalten, aber es kommen auch andere Fäden vor. Diese Fäden sind mittelst einer Vergrösserung von 600 klar zu erkennen, besonders wenn man sie mit Methylenblau färbt. In den Präparaten, die H. angefertigt hat, fand er häufig Leptothrixfäden, jedoch die constante Form war nicht Leptothrix. Die Leptothrixfäden sind von 0,7—1,0 μ breit und selten über 3 μ lang. Der Bacill der Mykose ist 0,4—0,56 μ dick, aber bisweilen 16 μ lang. Der Leptothrix findet sich häufig am Zahnfleisch. Die Mykose dagegen kommt am Zahnfleisch nicht vor. Der Pilz zerstört langsam die Gewebe, auf denen er wächst. Im allgemeinen setzt die Mykose mehr Beschwerden als Gefahren. Sie kann übergreifen auf die Schneider'sche Membran oder auf die Lungen. Spontane Heilung kommt manchmal vor. Es giebt keine zuverlässige Therapie ausser der galvanokaustischen Aetzung. Da die Bacillen am besten in sauren Medien gedeihen, ist es angebracht die negative Electrode zu wählen.

LEFFERTS.

92) **F. Wijdens Spaans. Mycosis pharyngis leptothricia acuta.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 8.*

Kurzes Referat über eine im Weekblad v. h. Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde, 91, No. 21 veröffentlichte Arbeit.

LANDGRAF.

93) **Albert Colin** (Paris). **Die Leptothrixmycose des Rachens. (De la mycose leptothrixique pharyngée.)** *Thèse de Paris. 1893.*

Eine gute Bearbeitung dieser Krankheit, die ausserhalb des Kreises der Specialisten noch zu wenig bekannt ist. Nach einer geschichtlichen Einleitung schildert der Verf. das klinische Bild dieser Affection, indem er eine histologische Untersuchung von Prof. Cornil zu Grunde legt.

Colin empfiehlt die Ruault'sche Behandlung, nämlich möglichst vollständige Entfernung der Leptothrixbildungen und Abspülung mit einer Lösung von Jod allein oder Jod und Chlorzink; C. empfiehlt auch das Rauchen.

MENDEL.

94) **W. Cheatham. Leptothrix-mycosis der Mandeln, des Rachens und der Zungenbasis. (Leptothrix mycosis of the tonsils, pharynx and base of the tongue.)** *Am. Practitioner and News. 20. Mai 1893.*

Die Pilzdepots werden am besten entfernt, indem man die Spitze eines Galvanokauters in jedes einführt; es kann diese Procedur mehrmals täglich erfolgen. Die Erkrankung ist schwer zu heilen, manche Fälle widerstehen jeder Behandlung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **W. R. King. Pseudo-syphilitische Processe in Schlund und Rachen. (Pseudo-syphilitic lesions of the fauces and pharynx.)** *Journal of Ophth., Otology and Laryngology. Januar 1893.*

K. macht darauf aufmerksam, dass syphilitische Symptome vorgetäuscht werden in Fällen von Quecksilbervergiftung. Er berichtet über 2 Fälle, in denen sich schliesslich herausstellte, dass die Krankheit durch Zahnplatten verursacht war, die, wie bei der chemischen Untersuchung sich ergab, rothes Quecksilberoxyd enthielten.

Auch das Aluminium, das bei der Fabrikation der Zahnplatten Verwendung findet, kann schädlich auf den allgemeinen Gesundheitszustand wirken, indem es in Berührung mit den Mundsecreten giftige Substanzen bildet.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **G. Ferrari** (Rom). **Die bösartigen Geschwülste des Rachengewölbes. (I tumori maligni della volta faringea.)** *Arch. it. d'otologia. 1893. No. 1.*

F. beschäftigt sich zunächst mit der Beschreibung der anatomischen und histologischen Verhältnisse des Nasenrachenraums, und ganz besonders der Rachenmandel und der Bursa pharyngea und kommt dann auf die bösartigen Geschwülste des Rachengewölbes, Angiom, Lymphadenom, Sarcom und Epitheliom, und auf ihre Symptomatologie, Differentialdiagnose und Behandlung zu sprechen. Der letzte Theil der Arbeit ist den Fibromen gewidmet. F. ist, wie sein Chef De Rossi, der durch die elektrolytische Behandlung 10 Nasenrachenfibrome vollständig und ohne Recidiv geheilt hat, ein warmer Anhänger dieser Behand-

lungsmethode. Er giebt die Beschreibung eines neuen, in der Klinik De Rossi's mit Erfolg durch die Elektrolyse behandelten Falles. TOTI.

97) **W. D. Hundington. Entfernung einer Sicherheitsnadel aus dem Rachen eines 3 Monat alten Kindes. (Removal of a safety-pin from the pharynx of a child aged three months.)** *N. Y. Med. Record 22. April 1893.*

Das eine Ende der Nadel war gerade noch vorn an der Uvula zu sehen. Es war leicht mit einer Ohrzange zu fassen, doch war ein fester Zug nöthig, um die Nadel, die geöffnet war und deren scharfe Spitze fest in den Geweben des Rachengewölbes eingebettet lag, von der Stelle zu bringen. Die Blutung war nicht unerheblich. Die Nadel war eine gewöhnliche mittelgrosse Sicherheitsnadel.

LEFFERTS.

98) **X. Ueber die Blutungen des Pharynx. (Sur les hémorrhagies du pharynx.)** *Revue de therap. med. chirurg. 1893. No. 2. p. 33.*

Diese Blutungen sind ebenso oft, wie durch locale Processe, durch allgemeine Ursachen bedingt: durch Leukämie, Purpura haemorrhagica, ulceröse Endocarditis, Infectionskrankheiten, Leberkrankheiten, besonders hypertrophische Lebercirrhose, interstitielle Nephritis, Hämophilie und Gicht.

Von localen Ursachen sind zu erwähnen zuerst die chronische Pharyngitis; im allgemeinen sind die Blutungen bei dieser wenig reichlich und leicht zu stillen; ihr hauptsächlicher Charakter ist ihr ziemlich häufiges Recidiviren. Zu schweren und reichlichen Blutungen giebt besonders die varicöse Erweiterung der Rachenvenen Anlass. Der Rachen, die Mandeln und die Zungenbasis sind oft der Sitz kleiner angiomatöser oder cavernöser Tumoren. Seltener hat die Rachenblutung ihre Ursache in einem Papillom oder beginnendem Carcinom. Schliesslich kann eine Rachenblutung auch durch ein Trauma bedingt sein. LUC.

99) **G. W. Moore** (Dublin). **Retropharyngealabscess. (Retro-pharyngeal abscess.)** *Dublin Journal of Med. Sciences. März 1893.*

Beschreibung eines Falles, in dem ein acuter Abscess von sehr bedeutendem Umfange Anlass zu ernsten Symptomen gab; wiederholte Incisionen führten zur Heilung. P. MC BRIDE.

100) **J. Dunn. Multiple Retropharyngealabscesse. (Multiple retro-pharyngeal abscess.)** *Virginia Med. Monthly. Mai 1893.*

D. beschreibt einen Fall, der einen 62jähr. Mann betraf. Die Störungen begannen mit Steifigkeit des Halses und Fieber. Das Fieber dauerte 3 Monate an, mit unregelmässigen Perioden der Exacerbation und Remission. Mit jedem Temperaturanstieg wuchsen auch die Schmerzen im Rücken und Hals, die mit dem Temperaturabfall wieder nachliessen. Das einzige Halssymptom war eine leichte Salivation, die allmälig zunahm. Während die Einführung einer Sonde in den Oesophagus keinerlei Schwierigkeiten hatte, nahmen die Schluckbeschwerden dermassen zu, dass der Pat. schliesslich auch Flüssiges nicht mehr zu schlucken vermochte. Der Verf. führt diesen Umstand auf einen reflectorischen Krampf des Oesophagus zurück. Nach der Eröffnung der Abscesse entleerte sich nur eine sehr geringe Menge Eiter und die Abscesse bildeten sich mehr durch

eine langsam vor sich gehende Resorption zurück, als durch einen wirklich eitrigen Process, wie etwa beim Carbunkel. Ein necrotischer Knochen war beim Sondiren nicht zu fühlen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

d. Diphtherie und Croup.

101) A. Liebig. **Diphtherie und ihre Verwandschaft; im Gegensatz zu der modernen Lehre von den Mikroben und Bakterien auf Grund eigener Untersuchungen. (Diphtheria and its relationship. An antithesis to the modern doctrine of microbes and bacteria from original researches.)** *N. Y. Medical Record. 19. November 1892.*

Verf. stellt folgende Thesen auf:

„1. Die Diphtherie ist verursacht durch einen lebenden Organismus; dieser kann mit Geisseln versehen sein oder ohne solche — Infectio originalis.

2. Die Erreger der wahren Diphtherie sind Spiralen, Eier, Granula, Epispermen.

3. Das Granulom ist ein albuminoider Körper und eminent toxisch. Es ist ein dreiwerthiges(!?), albuminoides lebendes Ferment.

4. Das Epispermon ist kein Bakterium. Es ist das eigentliche lebende Attribut für die zu befruchtenden Eier. Seine Bestimmung erfordert einen hervorragend hohen Grad von Activität.

5. Die sogen. Membran ist thatsächlich nur eine locale Erscheinungsform eines exsudativen und eliminativen Processes, der durch die vorhergehende Aufnahme der Granula ins Blut und in den Lymphstrom durch die intestinalen Drüsen verursacht ist.

6. Die sogen. Membranen sind chemisch und physiologisch mit den ursprünglich in dem Intestinaltractus deponirten Gebilden identisch und sind theilweise deren Spaltungsproducte.

7. Das gleichzeitige Vorkommen von Mikroben, Bacillen, Sporen, Schizomyceten, Mycelien, Thallophyten, Trichomaten, Palmelaceen und anderen Kryptogamen und Mikrobien ist nicht zu leugnen. Diese steigern die Intensität der Erkrankung, wie die Lebensgefahr, doch sie sind nicht die Ursache, weder die Causa physica noch die Causa excitans.

8. Aus denselben rationellen Gründen sind eine menschliche und eine thierische Diphtherie zu scheiden.

9. Die centralen und peripheren Erscheinungen sind von der Lagerung der Krankheitserreger abhängig, ganz besonders aber von dem Zustand, der Menge und der Translocation der resorbirten Granula.

10. Die Diphtherie ist ein embryonaler, intestinaler Parasitismus mit secundären Localerscheinungen im Rachen und Kehlkopf.

11. Die Infectio originalis kann direct oder indirect erfolgen; ihr Verlauf ist entschieden cyklisch.

12. Eine Secundärinfection ist möglich durch die Granula und die Epispermen, diese ist jedoch gemässigter und unregelmässiger in ihrem Verlauf."

„Diese Thesen gedenke ich in einem Werke, das ich gegen die Vertreter der Bakteriologie schreibe, zu vertheidigen. Mein Buch soll zur Genüge erklären: 1. wo und warum sich die Membran im Rachen und Kehlkopf bildet; 2. wie und woraus sie sich bildet; 3. wodurch die bronchitischen und pneumonischen Complicationen verursacht werden; 4. wann und unter welchen Bedingungen Metamorphosen vor sich gehen; 5. die Metamorphosen können sein: Diphtheritis pallida, D. scarlatinosa, Laryngitis membranosa, L. membranosa crouposa, Laryngotracheitis membranosa."

L. schliesst mit der Versicherung, dass diese „seine Entdeckung" den „Schlüssel für eine grosse Gruppe innerer Krankheiten" liefern; er will diese Arbeiten fortsetzen, sobald ihm Gelegenheit zu weiteren Untersuchungen gegeben ist!!! LEFFERTS.

102) **C. A. Siegfried. Einige Beobachtungen über Aetiologie und Therapie der Diphtherie. (Some observations on the etiology and treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record, 26. November 1892.*

Die Behandlung kann sehr verschieden sein je nach dem, was der Einzelne nach seiner individuellen Erfahrung vorzieht, aber sie muss folgende Cardinalpunkte im Auge behalten: Frühe Sicherung der Diagnose durch einen zuverlässigen Pathologen; Reinigung vermittelst schwacher Lösungen, danach Application direct wirkender und concentrirter Agentien und zwar durch die Hand geschulter Pfleger oder des behandelnden Arztes selber, in der Absicht das Wachsthum der Organismen zu hemmen. Ferner muss der Pat. stimulirt werden.

Bei ganz frischen Fällen kann der Spray durch die Nase eingeführt werden bis hinten in den Hals, es können Masken improvisirt und Dämpfe von bekannten Agentien beständig unterhalten werden. Milch, schwacher Branntwein und Kalkwasser dienen der Erhaltung der Kräfte. Eine Eiskravatte lindert die Schmerzen der geschwollenen Drüsen und auch Eisstückchen per os werden gern genommen. Die Eisenchloridlösung kann als Spray angewendet werden und man kann, wenn man dieses werthvolle Mittel bevorzugt, auf diese Weise viel zur Resorption bringen. Der Gebrauch der membranverdauenden Mittel erfordert grössere Sorgfalt; das Papayotin muss besonders sorgfältig gehandhabt werden, da es überraschend schnell löst und die Membranen zerstört und Gewebe angreifen kann, die gar nicht gemeint sind. In den neueren Mitteln von bewährter antibacterieller Wirkung, wie Creolin, Lysol, Aristol und mehreren anderen, Sublimat und Carbolsäure nicht zu vergessen, ist eine reiche Auswahl für therapeutische Zwecke geboten.

Wo es augenscheinlich unmöglich ist, mit einiger Gründlichkeit diesen Plan der Pflege und Behandlung einzuhalten, wie z. B. in den engen und gedrängt vollen Wohnungen der Armen, da ist das Interesse des Kranken sowohl, wie das allgemeine öffentliche Interesse am besten gewahrt, wenn man den Kranken in einen für infectiöse Krankheiten eingerichteten Pavillon transportiren lässt, wie er im Anschluss an jedes geordnete Krankenhaus an jedem Orte existiren sollte.

Der Wohlhabende kann sich natürlich jede Sicherheit und jedes Mittel auch in seinem Hause schaffen.

Dass diese Massnahmen, die jetzt von jedem unterrichteten Arzte geübt werden und die auf unseren heutigen Kenntnissen von der Aetiologie und Pathologie des diphtheritischen Processes sich gründen, eine rasche Heilung begünstigen und dass sie der Krankheit in den letzten Jahren ihren Schrecken zur Hälfte benommen haben, scheint durch die Berichte über eine grosse Zahl behandelter Fälle begründet und von zahlreichen Praktikern heutzutage wirklich empfunden zu werden. Mit den Kenntnissen, die wir durch die culturelle Untersuchung gewonnen haben, ist unsere Therapie und unsere prognostische Anschauung eine klarere geworden. Die Streptococcen bedeuten, wo sie sich finden, eine Gefahr für septische Invasion der inneren Organe, allein ihre Transmissionsfähigkeit ist nur eine beschränkte, der echte Diphtheriebacillus dagegen und sein toxisches Agens ist directer gefährlich in seiner Wirksamkeit, weitreichend und mit Gefahr für das Leben verbunden und wird weit leichter übertragen vom Kranken auf Gesunde. LEFFERTS.

103) **Louis Fischer. Das Resultat von Untersuchungen der Gase der Abzugscanäle in öffentlichen und privaten Häusern, in denen Diphtheriefälle vorgekommen waren. (The result of examinations of sewer-gas which escaped in tenement and private houses where in cases of diphtheria occurred.)** *N. Y. Med. Record. 28. Januar 1893.*

In allen 85 verschiedenen Plätzen und Häusern wurden die Senkgruben untersucht. Davon schliesst der Verf. selbst 45 Fälle aus, weil bei den Manipulationen Unregelmässigkeiten vorgekommen und fremde Dinge in das vorher sterilisirte Culturmedium mit eingeführt waren. 40 Untersuchungen aber sind ganz zuverlässig; von diesen fielen 20 negativ aus, 12 ergaben pathogene Bacterien, 8 mehrere pathogene Mikroorganismen, vor allem Faecesbacillen und zahlreiche fremde Bacillen, Mikrococcen und Saprophyten, die nicht differencirt wurden.

2. Ein paar von den 12 Proben, die pathogene Keime ergaben, enthielten Diphtheriebacillen (Klebs-Löffler), eine enthielt Typhusbacillen fast in Reincultur; daneben kamen Faecesbacillen und andere Coccen vor.

3. In 3 Proben fanden sich Streptococcen und in 4 Staphylococcen, die sich leicht unterscheiden und in den gewöhnlichen Nährböden züchten liessen.

LEFFERTS.

104) **Ferré** (Bordeaux). **Beitrag zum Studium der Diphtherie. (Contribution à l'étude de la diphtherie.)** Association pour l'avancement des sciences. Session de Pau. 1892.

In einem Fall von benigner Angina und diphtheritischem Aussehen isolirte F. Diphtheriebacillen und den Staphylococcus albus und aureus. Die verschiededenen Bacterien erwiesen sich, in Reincultur gezüchtet und auf Thiere übertragen, als virulent. Das Kind, bei dem diese Angina zur Entwicklung kam, war diabetisch, und F. wirft die Frage auf, ob Beziehungen zwischen diesem besonderen Zustande und der Benignität der verschiedenen aus der Angina gezüchteten Bacterien bestanden haben könnten.

Indem er von der Wirkung, die die normaler Weise beim Diabetiker constatirte Acidität des Mundspeichels haben könnte, absah, züchtete F. die erhaltenen Mikroben in Bouillon von verschiedenem Zuckergehalt. Diese Culturen wurden sehr schnell stark sauer. Unter diesen Umständen verliert der Diphtheriebacillus sehr schnell seine Virulenz und Lebensfähigkeit. Die aus den Pseudomembranen von Kranken gewonnenen Staphylococcen büssten ebenfalls an Virulenz und Lebensfähigkeit ein, jedoch weniger schnell als die Diphtheriebacillen.

Nach diesen Befunden ist für den besonderen Fall die Annahme gestattet, dass der die Pseudomembran beständig berührende Zucker die Virulenz der in ihr befindlichen Bacterien herabgesetzt hat. Man könnte hieraus allgemeinere Schlüsse, da ja die Benignität der Diphtheritis bei Diabetikern bekannt ist, für die Verwendbarkeit des Zuckers als eines therapeutischen Agens ziehen. Allein die vorliegenden Erfahrungen sind bisher zu wenig zahlreich und zu wenig mannigfaltig, als dass F. bindende Schlüsse ziehen möchte, wenn er auch Pseudomembranen, die er experimentell an der Vulva des Meerschweinchens erzeugte und mit starker Zuckerlösung behandelte, schneller verschwinden sah, als die diphtheritischen Membranen der Controlthiere. E. J. MOURE.

105) **Bókai** (Budapest). **Bericht über die in der Diphtherie-Abtheilung des Stefanie-Kinderspitals in Budapest vollführten Intubationen.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXV. 1. 2. 1893.*

Auf Grund seiner in 291 Fällen gemachten Erfahrungen spricht sich B. dahin aus, dass er entschlossen sei in dem seiner Leitung unterstehenden Spitale die Intubation auch in der Folge systematisch zu vollführen und die primäre Tracheotomie nur in 2 Fällen zuzulassen: 1) wo nebst der bestehenden Laryngostenose gleichzeitig auch eine hochgradige Pharyngostenose vorhanden ist, 2) wo wegen hochgradigen Oedems des Aditus laryngis von der Intubation kein Erfolg zu erwarten ist. SEIFERT.

106) **[. . . . Diphtherie, Scharlach und Masern im Chelmsford District. (Diphtheria, scarlet fever and measles in the Chelmsford district.)** *Lancet. 14. Januar 1893.*

Eine redactionelle Notiz über eine locale Epidemie, die ein ganz besonderes Interesse erregt hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

107) . . . **Diphtheritis und Schulen. (Diphtheria and board schools.)** *Lancet. 7. Januar 1893.*

Eine redactionelle Notiz betreffend die Untersuchung des Gesundheitszustandes der Yerborough-Schule aus Anlass des Ausbruchs einer Diphtheritisepidemie.

MACKENZIE-JOHNSTON.

108) **W. J. Calvert. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Medical Current. Januar 1893.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **J. B. Garrison. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journal Ophthal., Otol. and Laryngol. Januar 1893.*

G. berichtet über ein paar Fälle, um zu zeigen, dass letale Diphtheritisfälle unter ganz milden Symptomen beginnen können. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) .... **Diphtheritis und membranöse Laryngitis. (Diphtheria and membranous laryngitis.)** *Lancet. 25. Februar 1893.*

Eine redactionelle Notiz zu der Arbeit von Booker im Bulletin of the John Hopkins Hospital (III. 26, p. 109), in der festgestellt wird, dass die membranöse Laryngitis, die im Verlaufe des Scharlachs, der Masern etc. vorkommt, der Diphtheritis klinisch sehr ähnlich, aber ihrer Natur und Aetiologie nach von dieser völlig verschieden ist. MACKENZIE-JOHNSTON.

111) **H. J. Evans. Differentialdiagnose der pseudomombranösen Laryngitis und der Kehlkopfdiphtherie und die Erfolge ihrer Behandlung mittelst der Intubation. (Differential diagnosis of pseudomembranous laryngitis and laryngeal diphtheria with results of treatment by intubation.)** *Hahnemannian Monthly. Februar 1893.*

Nichts von Bedeutung. Ein Bericht über 8 intubirte Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **Allen A. Jones. Rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie im Anschluss an Diphtherie bei einem Kinde. (Right hemiplegia and aphasia following diphtheria in a child.)** *Phil. Med. News. 22. October 1892.*

Die localen und allgemeinen Erscheinungen waren recht ausgesprochen, doch das Kind kam gut durch die schwersten Stadien der Krankheit durch und war noch etwa 10 Tage ohne Fieber, der Hals war gereinigt, der Puls gut. Eines Morgens fand man das Kind mit einer completen Hemiplegie der rechten Seite und mit atactischer Aphasie; die rechte Gesichtshälfte war ebenfalls vollständig gelähmt. Eine Stunde vorher hatte das Kind noch vergnügt gelacht und gesprochen. Eine Bewusstlosigkeit war nicht einen Moment dagewesen. Die gewöhnlichen Symptome von Lähmung der Pharynxmuskulatur waren vorhanden; Geräusche am Herzen nicht zu constatiren. Die geistigen Kräfte des Kindes schienen ein paar Stunden nach dem Anfall etwas ermüdet, waren aber später dauernd normal. Die wiederholten Versuche des Kindes, sich verständlich zu machen, blieben ohne Erfolg; es brachte nur unarticulirte Töne hervor. Die Sensibilität war normal. Die Patellarreflexe sehr schwach, auf beiden Seiten gleich; kein Kopfschmerz; überhaupt nirgends Schmerzen. Nach ein paar Tagen vermochte die Kleine ihr Bein auszustrecken, aber nicht zu biegen. Die motorische Kraft kehrte allmälig wieder, zuerst im Bein, dann in Hand und Arm, zuletzt im Gesicht und Rachen; nach etwa 6 Wochen spielte das Kind wieder im Freien und war ersichtlich so wohl, wie vor seiner früheren Krankheit. LEFFERTS.

113) **W. J. Wilson. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Canada Lancet. Januar 1893.*

Detaillirte Schilderung eines Falles, in dem ein Zweifel darüber nicht bestehen konnte, dass 10 Personen die Diphtherie von einem Manne acquirirten, in

dessen Familie die Diphtherie herrschte, der selbst aber nie erkrankt gewesen war.

In einer anderen Reihe von Fällen haben die Pat. selbst die Krankheit gehabt und haben sie übersanden, aber sie tragen die Keime derselben noch in den Recessus der Nase und des Schlundes herum; solche Fälle sind sehr viel zahlreicher, als man gewöhnlich annimmt. — Beobachtungen dieser Art machen es sehr schwer eine Grenze zu bestimmen, wann man einem Kind gestatten darf, wieder zur Schule zu gehen oder sonst mit anderen Kindern zu verkehren. Nach jedem Diphtheriefalle sollte all' und jedes auf's gründlichste gereinigt und desinficirt werden. Auch Hals und Nase soll mit desinficirenden Flüssigkeiten abgespült werden und zwar in jedem Falle noch längere Zeit nach der Reconvalescenz.

Alle mit der Krankheit in Berührung gekommenen Gegenstände sollen 12 Stunden lang in feuchtem Zustande mit Schwefeldämpfen behandelt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **Redactionelle Notiz. Die moderne Behandlung der Diphtherie. (The modern treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 12. Nov. 1892.*

In einer kleinen Zusammenstellung zeigt der Verf., dass im vergangenen Jahre über 30 verschiedene Autoren ihre Ansichten und Resultate bezüglich der Diphtheriebehandlung mitgetheilt haben. Von diesen sind je 1 aus der Schweiz, der Türkei und Italien; 2 sind Skandinavier, 3 Ungarn, 5 Amerikaner, 6 Franzosen und 12 Deutsche. Das Centrum des Interesses für die Diphtheritistherapie scheint danach in Deutschland zu liegen, während in England dieses Thema augenscheinlich wenig Theilnahme findet. Ein Ueberblick über die verschiedenen Berichte zeigt, dass thatsächlich darüber eine Einigkeit der Anschauungen besteht, was der eigentliche Gegenstand der Diphtheriebehandlung sein soll. Es gilt, die Streptokokken und Bacillen abzutödten und die Wirkung ihrer toxischen Producte zu paralysiren, ferner die Kräfte des Patienten zu erhalten.

Was aber den besten Weg zu diesem Ziele anlangt, so besteht darüber kaum irgendwo Uebereinstimmung. Leonardi, Baginski, Strübing, Wilhelmy, Barbier, Stein, Jänicke, Höring, Taube, Beyer, Güntz, Ozegowski, Martin, Moskowitz, Wirsing, Schwarz, Hagedorn und Pinilla werden citirt und der Verf. meint, dass eine Uebersicht über die Mittheilungen dieser und anderer Autoren zu einer ziemlich traurigen Auffassung von der Therapie der Diphtherie führen muss. Aus der Masse der Oele, Adstringentien, Antiseptica, Farben, Solventien und Caustica ist es gar nicht möglich, eine Auswahl zu treffen, zu sagen, dass das eine besser ist wie das andere, oder dass gar eins sehr gut wäre.

Das Problem ist noch ungelöst für den behandelnden Arzt, welches Mittel das beste ist, wie er es am besten anwendet und wann überhaupt. Verf. hofft, dass der Stand der Diphtherietherapie in 1 oder 2 Jahren ein befriedigenderer sein möge.

LEFFERTS.

115) **W. P. C. Hazen. Eine Frage bezüglich der Behandlung der Diphtherie. (A question relating to the treatment of diphtheria.)** *Virginia Med. Monthly. Februar 1893.*

H. empfiehlt die Application von Wasserstoffsuperoxyd abwechselnd stünd-

lich mit einer 5proc. Lösung von ölsaurem Quecksilber; eine Indication für die Darreichung von Eisen kann H. nicht anerkennen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **Louis Fischer. Die Behandlung der Diphtherie mit Pyoktanin. (The treatment of diphtheria by pyoktanin.)** *N. Y. Medical Record. 17. December 1892.*

F. hat das Pyoktanin in 15 Fällen von Diphtherie angewendet, die nicht nur klinisch, sondern auch bakteriologisch als echte Diphtherie erkannt waren. Die Methode der Anwendung des Mittels war die, dass eine 10proc. wässerige Lösung mittelst eines Glasstabes (Applicator), um den ein in der Lösung getränkter Wattebausch gewunden war, direct auf die afficirten Partien aufgetragen wurde. Nach jeder Application wurde der Wattebausch zur Verhütung von weiteren Infectionen verbrannt. Fünf Minuten vor jeder Application erhielt das Kind einen Theelöffel voll Natron bicarbonicum in einem Esslöffel Wasser gelöst. Die Application fand 2 oder 3mal am Tage statt, sonst wurde nichts gegeben. Einige Fälle erforderten diese Therapie 5 und 6 Tage lang, nur in einem Falle war sie 11 Tage lang nöthig. Guter Wein, Stimulantien und kohlehydratreiche Nahrung wurden gegeben.

Ueber den Urin, die bakteriologischen Befunde und die Ergebnisse einiger Sectionen will F. später berichten; die vorliegende Arbeit soll nur als vorläufige Mittheilung dienen.

LEFFERTS.

117) **C. M. Beebee. Zur Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Med. Era. Januar 1893.*

B. giebt eine Zusammenstellung der homöopathischen Mittel und empfiehlt den Gebrauch des Papoid.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **J. H. Morrison. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Maritime Med. News. Februar 1893.*

Eine Betrachtung über die allgemeinen Principien der Diphtheritistherapie. Nichts Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **J. M. Kessinger. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Med. Review. 18. Februar 1893.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **D. C. Brown. Zwei Behandlungsmethoden für die diphtheritische Erkrankung des Halses. (Two methods of treating a diphtheritic throat.)** *New England Med. Monthly. Januar 1893.*

1) Die Insufflation gleicher Gewichtstheile von Pepsinpulver und Calomel, nachdem der Patient eine Dosis Liqu. ferri sesquichlorati geschluckt hat.

2) Der Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **S. S. Kilmer. Die Behandlung des membranösen Croups. (Treatment of membranous croup.)** *Med. Review. 28. Januar 1893.*

K. vergleicht die Tracheotomie und die Intubation mit einander und erklärt

die erstere für so viel besser und der Intubation um so vieles überlegen, dass von einem Vergleich gar nicht eigentlich die Rede sein könne.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **Schlange** (Berlin). **Tracheotomirtes Kind.** *Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 12.*

Ein jetzt 10jähriges Mädchen war im 3. Jahre wegen Diphtherie tracheotomirt. 4 Jahre später konnte man nach langer Mühe die Canüle entfernen, es blieb aber ein etwa 10 Pfennigstückgrosser Defect, durch den sich die Athmung vollzog. Das Kind hat von selbst gelernt, diesen Trachealdefect durch Neigen des Kopfes, so dass die Haut der Submentalgegend sich wie ein Deckel auf die Trachealöffnung legt, zu schliessen und kann normal sprechen und gut singen.

LANDGRAF.

123) **O'Dwyer, Pilcher, Gay, Waxham, Jacobi, Berg. Die Intubation gegen die Tracheotomie wegen acuter Kehlkopfstenose bei Kindern. Bis zu welchem Grade hat die Intubation überhaupt die Tracheotomie verdrängt? (Intubation versus tracheotomy for acute laryngeal stenosis in children. To what extent if at all has intubation supplanted tracheotomy?)** *N. Y. Medical Record. 5. November 1892.*

In einer Discussion, die in der N.-Y. Academy of Medicine am 20. October 1892 stattfand, wurden bezüglich der in der Ueberschrift aufgeworfenen Frage folgende Punkte beigebracht:

O'Dwyer verlangte eine grössere Sorgfalt bei der Ausführung der Operation; bessere Statistiken würden dann herauskommen. Der Eingriff ist erst dann wirklich erforderlich, wenn der Patient nur sehr wenig Luft noch bekommt und diese geringe Menge ihm auch nicht mehr einen Augenblick entzogen werden kann, ohne sein Leben zu gefährden; wenn selbst 10 Secunden schon eine Gefahr bedeuten. Dann die Canüle einzuführen, und zwar so schnell als es geschehen muss und ohne Verletzungen zu machen, das erfordert Uebung, die man nur am Cadaver und bei verschiedenen Patienten gewinnen kann, da die einen leichter zu intubiren sind, andere schwerer. Die Tracheotomie birgt nicht so viel Gefahren; für diese ist kein grosser Grad chirurgischer Geschicklichkeit erforderlich, dagegen ist nach der Operation eine einsichtige Pflege absolutes Erforderniss. Der eine Eingriff erfordert geübte Wärter, der andere einen guten Operateur. Nach allem, was an Thatsachen bisher beigebracht ist, hält Redner den Schluss für durchaus unumgänglich, dass die Intubation praktisch alles leistet, was die Tracheotomie leisten kann, ohne jedoch die Unannehmlichkeiten dieser letzteren Operation an sich zu haben.

Pilcher warf die Frage auf: Wenn man die Garantie hätte, dass beide Eingriffe, Intubation wie Tracheotomie, die Kehlkopfstenose beseitigen, welcher von beiden wäre dann am besten geeignet, den Organismus in dem Kampfe gegen die allgemeine Infection zu unterstützen? Die Antwort auf diese Frage muss 3 Punkte berücksichtigen — die Versorgung des Blutes mit Luft, die locale Reinigung und Antisepsis und die allgemeine Ernährung. Es will nun scheinen, als ob diesen 3 Punkten besser Genüge geschieht durch die Tracheotomie als durch

die Intubation. Ob diese Vortheile der Tracheotomie wirklich existiren oder nur imaginäre sind, lässt sich bisher schwerlich aus den Statistiken entscheiden. Der verschiedene Charakter der einzelnen Fälle und die Thatsache, dass die Intubation leichter gestattet wird, als die Tracheotomie bilden die grössten Hindernisse für die Gewinnung eines richtigen Urtheils. Ueber die mit der Tracheotomie verknüpften Misslichkeiten will sich P. nicht auslassen, allein er glaubt, dass in den Fällen, in denen ein diphtherisches Exsudat den Kehlkopf und die Trachea erfüllt, die Intubation den für den chirurgischen Eingriff gegebenen Indicationen weit weniger entspricht, als die Tracheotomie; darum solle man in der Regel in solchen Fällen die Intubation auch nicht als einen Ersatz für die Tracheotomie betrachten.

Gay schiebt einen grossen Theil der Fehlerfolge mit der Intubation auf die mangelnde Geschicklichkeit des Operateurs. Er erwähnt auch, dass die abnehmende Zahl der Tracheotomien im Boston City Hospital (U. S. A.) und die weit grössere Zahl der Intubationen beweisen, dass diese letztere die erstere bereits in weitgehendem Maasse verdrängt hat. In der Mehrzahl der Fälle war bei Kindern unter 7 Jahren die Intubation vorzuziehen.

Waxham gab folgende statistische Daten über seine neuesten Erfahrungen. Er ist der Ansicht, dass die Intubation Resultate zu geben vermöge, die mit der Tracheotomie nicht zu erreichen sind. Seine Fälle sind nicht ausgewählt, sondern umfassen alles, was in Behandlung kam. Im ganzen wurden intubirt 421 Fälle, darunter 146 Heilungen = 34,67 pCt. Unter den ersten 100 Fällen waren 27 Heilungen, unter den zweiten 34, unter den dritten 40 und unter den letzten 21 waren 7 Heilungen.

Jacobi sucht die Ursache für die Bevorzugung der Intubation vor der Tracheotomie darin, dass es sehr leicht ist, vom Publikum die Erlaubniss zur Vornahme der Intubation zu erhalten, während die Tracheotomie nur sehr schwer gestattet wird. Wegen dieses Umstandes ist die Tracheotomie öfters unterblieben, bis es augenscheinlich zu spät für sie war. Aber hier und da ist auch ein Fall, der noch in so spätem Stadium operirt war, geheilt und dies rechtfertigt den Eingriff selbst in anscheinend hoffnungslosen Fällen. Ein anderer gewichtiger Grund, der für die Intubation spricht, liegt in der Thatsache, dass, so viel Mühe auch darauf verwendet wurde, man eine erysipelatöse Infection oder die Ausbreitung des diphtheritischen Processes auf die Tracheotomiewunde nicht immer hindern konnte. Ferner musste die Canüle nach der Tracheotomie manchmal zu lange liegen bleiben.

Berg hat die Intubation in einer erheblichen Anzahl von Fällen ausgeführt und in allen unmittelbar eine Besserung der Dyspnoe erzielt; allein das Bild änderte sich leicht innerhalb 24 Stunden. Folgende Einwände gegen die Intubation haben ihn dazu geführt, dieselbe zu verlassen. 1) Die Störung der Ernährung, die von sehr grosser Bedeutung ist. 2) Die Schwierigkeit der Anwendung einer Sublimatlösung, welche B. ebenfalls für hervorragend wichtig hält, denn zu seiner eigenen Ueberraschung hat er, seit er diese Methode der Behandlung übt, ihre Heilkraft als so bedeutend befunden, dass die Anzahl der Fälle,

die eine Tracheotomie oder Intubation benöthigen, um 50 pCt. herabgegangen ist.

LEFFERTS.

124) **Robert W. Lovett. Zufälle bei der Intubation. (Accidents in intubation.)** *Phil. Med. News. 24. December 1892.*

Eine Erwiderung auf den Brief von Northrup mit der Ueberschrift „Zufälle bei der Intubation" (Med. News, 26. Novbr. 1892, p. 615), in dem der ebenfalls in den Med. News (29. August 1892) erschienene Artikel Lovett's „Intubation gegen Tracheotomie" einer Kritik unterzogen worden war. Die vorliegende Erwiderung hat mehr ein persönliches, als allgemein sachliches Interesse.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

125) **M. Scheier** (Berlin). **Ein Fall von Verletzung der Halswirbelsäule. Beitrag zur Lage des Kehlkopfes zur Wirbelsäule.** *Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 2.*

Ein 30jähriger Zimmermann hatte durch Sturz von einem Gerüst eine Verletzung der Halswirbelsäule davongetragen. Bei der Section fand sich eine Dislocation des 5. Halswirbelkörpers, welcher an der hinteren Pharynxwand genau gegenüber der hinteren Platte des Ringknorpels ein Decubitalgeschwür hervorgerufen hatte.

Als Ergebniss der genauen anatomischen Untersuchung fand sich: Das untere Ende des Ringknorpels entspricht scharf der Verbindung des 6. und 7. Halswirbels. Der Ringknorpel liegt genau gegenüber dem Körper des sechsten und dem unteren Theile des Körpers des 5. Halswirbels. Die obere Spitze des Aryknorpels entspricht der oberen Hälfte des 5. Wirbelkörpers und die gerade aufgerichtete Epiglottis erreicht beinahe den oberen Rand des 3. Wirbelkörpers.

LANDGRAF.

126) **S. C. Pigman. Bericht über einen Fall von Laryngitis. (Laryngitis with report of a case.)** *Kansas Med. City. Januar 1893.*

Die Patientin hatte eine milde catarrhalische Laryngitis seit etwa einem Monat vor der Niederkunft. Eine Woche nach dieser wurden die Symptome beunruhigend und es entwickelte sich ein Glottisödem. Man musste die Tracheotomie machen und die Patientin genas.

Ohne Zweifel war durch den puerperalen Zustand mit seinen veränderten Circulationsverhältnissen, seiner Neigung zu Stasen und Hypertrophien die Affection in die Länge gezogen und zu der nachherigen Schwere gesteigert worden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **E. M. Brockbank** (Birmingham). **Pulsus paradoxus bei acuter Laryngitis. (Pulsus paradoxus in acute laryngitis.)** *Brit. Med. Journal. 24. Juni 1893.*

B. beobachtete bei allen Fällen von acuter Laryngitis, in denen die Verstopfung des Kehlkopfs erheblich genug war, um eine inspiratorische Einziehung

des Thorax herbeizuführen, ein Kleiner- und Schwächerwerden des Pulses während des Inspiriums.

Der Verf. giebt einige Curven und spricht die Ansicht aus, dass der Pulsus paradoxus mit für die Entscheidung herangezogen werden könnte, wenn ein operatives Eingreifen nöthig sei.

MACKENZIE-JOHNSTON.

128) **E. P. Hershey. Die jüngste Tracheo-Laryngitis-Epidemie in Denver, Colorado. (The recent epidemic of tracheo-laryngitis at Denver, Colorado.)** *Denver Med. Times. Mai 1893.*

Die Erkrankung war weder eine Diphtherie noch Scharlachfieber. Sie wurde charakterisirt durch die Heiserkeit, einen croupösen Husten und in den schweren Fällen durch Dyspnoe und den Tod durch Erstickung.

Es fand sich nirgends eine Membran, überhaupt keine Zeichen von Ulceration an den Tonsillen oder im Rachen. Der Tod wurde durch Oedem verursacht. In einigen Fällen bestand Albuminurie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **Edwin J. Kuh. Ein Fall von suffocativer Laryngo-Tracheitis und eine Methode zur sofortigen Besserung des Zustandes. (A case of suffocative laryngo-tracheitis and a method of immediate relief.)** *Philad. Med. News. 15. April 1893.*

Der Verf. schildert den Zustand der Patientin folgendermassen:

„Ich fand sie mit beschleunigter und stridulöser Athmung, das Gesicht cyanotisch. Mit einem gurgelnden Ton hörte man die Schleimmassen in der Luftröhre sich auf- und niederbewegen. Gelegentlich lagerte sich der Schleim so, dass die Athmung ganz still stand; die Kranke kämpfte dann heftig, um wieder Luft zu bekommen. Die Temperatur war 38,5°, der Rachen fast ganz normal. Die obere Oeffnung des Kehlkopfes war geschwollen und congestionirt und die Glottis mit einem zähen, gelblich-grünen Sekret bedeckt. Beim Inspirium sah man die Trachealschleimhaut geschwollen und mit injicirten Capillaren. Dicke Streifen eines sehr zähen, grünen Sekretes zogen sich quer durch die Trachea, diese fast verschliessend.

„Auf Grund meiner Erfahrungen über die rapide Elimination der Bronchialsekrete (vergl. die Arbeit „Eine lokale Therapie der Bronchitis." Phila. Med. News, 11. März 1893) entschloss ich mich, einen tiefen Spray anzuwenden. Der Erfolg war ein so augenscheinlicher und schneller, wie man ihn bei der Intubation wegen Kehlkopfstenose sieht. Auf jede Inhalation des Sprays folgte ein Auswerfen des klebrigen, zusammenhängenden Sekretes, das der Schleimhaut so fest adhärirte, dass jedes expectorirte Stück kleine Blutspuren aufwies. Die Besserung war eine sofortige und vollständige."

LEFFERTS.

130) **R. W. Seiss. Behandlung der acuten Laryngo-Tracheitis. (Treatment of acute laryngo-tracheitis.)** *Therapeutic Gazette. 15. Februar 1893.*

Der geeignetste Spray für Rachen- und Kehlkopfentzündungen ist eine gesättigte Chlorkaliumlösung, der Acid. carbol. crystall. 0,05—0,15 auf 30,0 zugesetzt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) **Redactionelle Notiz. Acutes Kehlkopfoedem. (Acute oedema of the larynx.)** *Northwestern Lancet. 15. März 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

132) **Hugh Montgomerie** (Penzance). **Ein letaler Fall von acutem Glottisoedem. (Fatal case of acute oedema glottidis.)** *Journal of Laryngology. Mai 1893.*

Eine Beschreibung des lokalen Befundes bei einem Falle von plötzlichem Exitus durch Oedema glottidis, bei dem M. post mortem den Hals untersuchte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

133) **Redactionelle Notiz. Kehlkopfoedem als Complication der Influenza. (Edema of the larynx complicating influenza.)** *Philad. Medical News. 8. Juli 1893.*

Während die Influenza früher als eine unbedeutende Affection betrachtet wurde, haben die neuesten Erfahrungen uns das gerade Gegentheil gelehrt, indem die Influenza sich in weitester Ausdehnung mit oft verhängnissvollen Nebenkrankheiten complicirt. Ganz besonders häufige Complicationen sind die Erkrankungen des Respirationstractus. Ein catarrhalischer Zustand des Larynx war fast in allen Fällen zu constatiren. In manchen Fällen kamen Ulcerationen vor und in einigen wenigen entwickelte sich ein Kehlkopfödem, das die Tracheotomie nöthig machte.

Zwei Fälle von Glottisödem im Verlauf der Influenza sind von Cartaz berichtet (Revue de Laryngol. d'Otologie et de Rhinol., 1893, No. 12, p. 450); beide betreffen Erwachsene, der eine ein weibliches, der andere ein männliches Individuum. In beiden Fällen wurden Blutegel und Eis auf den Kehlkopf applicirt und es kam beide Mal zur Heilung. Im zweiten Falle ergab die Anamnese eine frühere syphilitische Infection mit laryngealen Erscheinungen, die wohl als prädisponirende Ursache mitgespielt haben dürfte. LEFFERTS.

134) **Geo. W. Swift. Die Chloroformnarkose als Hilfsmittel für die Diagnose der Kehlkopfverstopfung. (Chloroform anaesthesia as an aid in the diagnosis of laryngeal obstruction.)** *N. Y. Med. Journ. 15. April 1893.*

In Fällen von laryngealer Dyspnoe, in denen Zweifel bestehen, ob ein mechanischer Verschluss oder ein blosser Krampf vorliegt, ist es sehr einfach, dem Kinde Chloroform zu geben, bis der Spasmus, wenn ein solcher besteht, nachlässt. In Fällen von einfachem Croup genügt dieses Verfahren, um die Verstopfungssymptome soweit zu lindern, dass man die Gewissheit bekommt, dass ein mechanischer Verschluss nicht besteht, zum mindesten noch kein ausreichender, um einen operativen Eingriff zu verlangen. LEFFERTS.

135) **Percy Kidd** (London). **Tuberculöse Kehlkopfaffectionen. (Tubercular affections of the larynx.)** *Med. Press. 1. u. 15. Februar 1893.*

Eine Postgraduate Lectüre an dem Brompton-Hospital, in der K. ein vorzügliches Resumé über die Kehlkopftuberkulose giebt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

136) **J. E. Boylan. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Lancet-Clinic. 22. April 1893.*

Bericht über einen Fall, der darum interessant ist, weil er zu den Ausnahmefällen von Halstuberkulose gehört, bei denen die Symptome nicht nur primär im Kehlkopf sich entwickeln, sondern auch bis fast ganz zum Ende auf diesen beschränkt bleiben.

B. verwirft die lokale Anwendung von Menthol bei der tuberkulösen Laryngitis und rühmt den Gebrauch von Jodoform mit Morphium.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **Ç. G. Fellows. Kehlkopftuberculose. (Laryngeal tuberculosis.)** *The Clinique. 15. April 1893.*

Nichts bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **H. Köbner** (Berlin). **Tuberculose der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynxtuberculose.** *Berlin. klin. Wochenschr. 1893. No. 19.* Discussion ibid. No. 17.

Vorstellung des mit obigen Affectionen behafteten Mannes in der Berliner med. Gesellschaft. K. warnt davor, ehe alle diagnostischen Hilfsmittel erschöpft sind, wie es hier geschehen war, bei zweifelhaften Hautgeschwüren eine antisyphilitische Cur einzuleiten, die zu einer rapiden Verschlimmerung im Kehlkopf geführt hatte.

In der Discussion erwähnt B. Baginsky, welcher den Fall an Köbner überwiesen hatte, dass seiner Auffassung nach die Hauttuberkulose das primäre Leiden gewesen sei, eine Anschauung, welcher Scheinemann widerspricht, da der Kranke bereits mehrere Jahre vorher an einem Geschwür im Larynx mit Menthol behandelt war. B. Fränkel hält bei Coincidenz von Lues und Tuberkulose eine vorsichtige Schmiercur für durchaus indicirt. LANDGRAF.

139) **M. Thorner. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit modificirtem Tuberculin. (The treatment of tuberculosis of the larynx with modified tuberculin.)** *Southern Clinic. Januar 1893. Philad. Medical News. 28. Januar 1893.*

Th. hat seit 6 Wochen Versuche mit der Hunter'schen Modification des Tuberculins an zwei Fällen angestellt, und die Resultate sind bisher recht ermuthigende. Die lokale Besserung ist in beiden Fällen eine ausgesprochene, die Schwellungen sind erheblich zurückgegangen, die oberflächlichen Ulcerationen geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **Tymowski. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of larynx.)** *N. Y. Med. Record. 24. Juni 1893.*

Wo Ulcerationen bestehen, sind gesättigte Resorcinlösungen anzuwenden und Milchsäure oder ätherische Jodoformlösungen zu vermeiden, da diese höchst schmerzvoll sind. LEFFERTS.

141) **M. Dorman** (London). **Die Behandlung der ulcerativen Processe bei der Kehlkopftuberculose nebst einigen Bemerkungen über die constitutionelle Behandlung mittelst grosser Kreosotgaben. (Treatment of the ulcerative lesion in laryngeal tuberculosis with some remarks on the constitutional treatment by large doses of creosote.)** *Lancet. 11. März 1893.*

Bericht aus der Semon'schen Poliklinik. Man giebt das Kreosot in Dosen von 0,05 allmälig steigend bis 0,3 drei mal am Tage und zwar in Form von Pillen oder Kapseln, doch ist es wesentlich das Mittel rein nehmen zu lassen und zwar unmittelbar nach einer Mahlzeit. Local werden die Kehlkopfgeschwüre mittelst Milchsäure behandelt; diese wird fest eingerieben in einer Concentration von 20 bis 70 Procent, vorher wird der Kehlkopf mit einer 20procentigen Cocainlösung eingepinselt. Wo viel Granulationen vorhanden sind, soll man den Kehlkopf vor Application der Milchsäure mit der Curette auskratzen. Die Säure will in allen Fällen unter Anwendung einer gewissen Kraft applicirt werden und stets unter Führung des Kehlkopfspiegels. Man kann dieser Therapie nicht nachrühmen, dass sie die Krankheit sicher und vollständig heilt, aber sicherlich giebt sie vortreffliche Resultate, sie bessert des Patienten Gesundheit und Wohlbefinden, sie verlängert sein Leben und hält mindestens für einige Zeit den Fortschritt der Erkrankung auf. S. berichtet über 8 Fälle, an denen er den Nutzen dieser combinirten Behandlung illustrirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

142) **Cadier et L. Tolly** (Paris). **Lungen- und Kehlkopfphthisen. Die klinischen Resultate einer einjährigen Behandlung der Tuberculose mit intensiver Darreichung von metalloidem Jod in organischer Verbindung mit physiologischen Phosphaten und in Inhalationen. (Phthisies pulmonaires et laryngées. Résultats cliniques obtenus en une année de traitement des tuberculoses par l'emploi intensif de l'iode métalloide en combinaison organique instable associé à des phosphates physiologiques et en inhalations.)** Doin impr. Clermont-Oise. 1893.

Die Vrff. haben eine merkbare Besserung erreicht bei einer gewissen Anzahl von Kranken mit Kehlkopf- und Lungentuberculose 1. und 2. Grades. Sie gaben das Jod in Form von Pillen, deren jede 25 mg des Metalloids neben 10 cg Nussextract und 4 mg Eisenphospat enthielt, oder als Wein, der in einem Suppenlöffel voll 25 mg Jod und 10 cg glycerinphosphorsaures Kali enthielt.

Die Maximaldose des Jods betrug 40 cg p. die in 4 Löffeln Wein oder 12 Pillen. Zur Vervollständigung der Therapie und um eine directere Einwirkung des Jods auf die Kehlkopf- und Lungenprocesse zu erzielen, liessen die Autoren einen Luftstrom inhaliren, der ein Gemisch von Jod, Alcohol und Terpentinöl passirt hatte.

LUC.

143) **Felix Semon** (London). **Ein klinischer Vortrag über Kehlkopfsyphilis. (A clinical lecture on syphilis of the larynx.)** *The Clinical Journal. Jan. 18. 1893.*

Der im St. Thomas-Hospital gehaltene Vortrag giebt ein Resumé der Ansichten des Verfassers über die verschiedenen Formen der Syphilis im Kehlkopf. Hervorzuheben ist:

1. Dass seiner Erfahrung nach in vereinzelten Fällen tertiäre Syphilis bereits im ersten Jahre nach der Primäraffection im Kehlkopf erscheinen kann.

2. Dass er Condylome im Kehlkopf nur in den seltensten Fällen gesehen hat.

3. Dass obwohl seiner Erfahrung nach Kehlkopfsyphilis in der grossen Mehrzahl aller Fälle eine fast schmerzlose Affection ist, doch vereinzelte Ausnahmen von dieser Regel vorkommen, und dass namentlich ein vom Hals in die Ohren ausstrahlender Schmerz zur Differentialdiagnose zwischen tertiärer Syphilis und Kehlkopfcoopfcarcinom nicht verwerthet werden kann.

4. Dass er von Neuem die Existenz einer adhäsiven Perichondritis betont, über die er sich bereits im Jahre 1880 in seiner Arbeit über Anchylose des Cricoarytaenoidgelenks (Medical Times and Gazette) ausführlicher verbreitet hat.

Bei der Besprechung der Diagnose legt er den grössten Nachdruck darauf, seine Zuhörer davor zu warnen, auf den Mangel einer syphilitischen Vorgeschichte mehr zu geben, als auf das Zeugniss ihrer eigenen Augen und bespricht seriatim die verschiedenen Möglichkeiten, die die Patienten dazu veranlassen können, die Existenz constitutioneller Syphilis in Abrede zu stellen. Dieser Abschnitt, der wohl der wichtigste des Vortrags ist, wird durch einen äusserst belehrenden Fall illustrirt.

Nach einem ausführlichen Abschnitt über die Differenzialdiagnose von Syphilis, Tuberculose und Carcinom des Kehlkopfs, in welchem er namentlich davor warnt, aus einer subjectiven Besserung nach dem Gebrauch von Jodkalium sofort zu schliessen, dass die vorliegende Krankheit nicht Carcinom sein könne, bespricht er die Behandlung, hinsichtlich welcher er in jedem Falle zu individualisiren räth. Eine Localbehandlung zieht er nur in Fällen hartnäckigen Catarrhs in Anwendung. Die Details über alle diese und viele nicht erwähnte Puncte müssen im Original nachgelesen werden. Autoreferat.

144) **B. Baginsky Carcinom des Halses complicirt mit Syphilis des Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 3.*

Demonstration des Präparats in der Berl. medicin. Gesellschaft.

LANDGRAF.

145) **A. G. Root. Kehlkopfsyphilis. (Syphilis of the larynx.)** *Albany Med. Annals. Februar 1893.*

Ein allgemeines Resumé. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

146) **J. Lazarus** (Berlin). **Kehlkopf mit syphilitischer Stenose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 7.*

Demonstration eines Präparats in dem Verein für innere Medicin in Berlin.

LANDGRAF.

147) **Evan Stabb** (London). **Syphilitische Stenose des Kehlkopfs. Thyreotomie. Excision des rechten Stimmbandes. (Syphilitic stenosis of the larynx. Thyrotomy. Excision of right vocal cord.)** *Brit. Med. Journ. May 6. 1893.*

Demonstration des Patienten am 28. April vor der Clinical Society of London. Der Kranke war Jahre vorher der fibrösen Stenose wegen, welche durch

sein Leiden veranlasst war, tracheotomirt worden, die Canüle war in situ zerbrochen, und er kam in's St. Thomas-Hospital, um sich dieselbe womöglich ganz entfernen zu lassen. Seine Stimme derzeit war nahezu normal. Da der Patient auf der Entfernung der Canüle bestand, selbst auf die Gefahr hin, seine Stimme bedeutend beeinträchtigt zu sehen, und bei neuerdings eintretender Stenose die Tracheotomie von neuem vornehmen zu lassen, so wurde die Thyreotomie vorgenommen, und das rechte Stimmband nebst der in festes, schwieliges, sehr verdicktes Gewebe verwandelten Schleimhaut des subglottischen Raumes der rechten Seite entfernt. Die Operation bot keine Schwierigkeiten. Der Patient genas schnell, und die Stimme, wenn auch bedeutend schwächer, und heiserer als früher, war noch zur Zeit der Demonstration genügend laut und verständlich. Der durch die Operation gewonnene Raum aber war nicht sehr bedeutend, und nach der Ansicht des Referenten steht zu fürchten, dass bei weiterer Cicatrisation resp. bei irgend welchen mit Schwellung einhergehenden catarrhalischen Processen im Kehlkopf die Tracheotomie neuerdings wird vorgenommen werden müssen. SEMON.

148) **Strauss. Die Kehlkopfsyphilis in der Kindheit. (Laryngeal syphilis in childhood.)** *N. Y. Med. Record. 13. Mai 1893.*

Im Kehlkopf manifestirt sich die Syphilis in etwa 3—6 Procent aller Fälle von Syphilis. In der Kindheit dagegen scheint die Syphilis des Kehlkopfs sehr selten zu sein. Einer der Gründe hierfür mag der sein, dass die Untersuchung des Kehlkopfs im frühen Kindesalter sehr schwierig ist und oft ganz unterbleiben muss. Die Symptome seitens des Kehlkopfs können sehr leichte sein und die syphilitischen Ulcerationen zeigen solche Tendenz zu spontaner Heilung, dass beim Vorhandensein anderer syphilitischer Symptome die Kehlkopfgeschwüre heilen können, ohne dass sie diagnosticirt waren. Der Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen die Epiglottis stark geschwollen war; im einem war sie ulcerirt. In einem Falle bestand auch ein grosses Geschwür an der hinteren Kehlkopfwand. Der Verf. erwähnt dann 14 Fälle, die von anderen Autoren beobachtet sind, und theilt diese Fälle in solche, bei denen die syphilitischen Symptome in den ersten Lebensmonaten vorhanden waren, und solche, bei denen sie fehlten. Nur ein Fall konnte sicher als hereditär angesprochen werden. In diesen Fällen waren Veränderungen sichtbar an der Epiglottis, den Plicae ary-epiglotticae und an der hinteren Kehlkopfwand. Charakteristisch für dieses Leiden sind: 1. Der Sitz des Processes: vorwiegend befallen ist die Epiglottis, die im allgemeinen das Aussehen einer Perichondritis relativ häufig mit Necrose des Knorpels bietet. Die Taschenbänder sind ziemlich häufig afficirt. 2. Die Vorliebe, mit der der Process in papillärer Form erscheint, wenn nicht eine einfache Schwellung vorliegt. Nur in zwei Fällen wurden ulcerative oder narbige Processe am Rachen oder Gaumen vermisst. In einem Falle waren auf der Epiglottis ausgedehnte Veränderungen sichtbar. In einem andern Falle erschien eine Ulceration auf der Uvula erst nachdem ausgedehnte Processe an der Epiglottis Platz gegriffen hatten. Die ganze Erkrankung spielt sich rapider ab und ihre Prognose ist schlechter, als bei Er-

wachsenen. Die Untersuchung des Kehlkopfs ist für die Diagnose wichtig. Die Fälle scheinen auf specifische Behandlung oft nicht zu reagiren. LEFFERTS.

149) **Chiari** (Wien). **Ueber einen Fall von Syphilis hereditaria laryngis bei einem Kinde von 4½ Jahren.** *Arch. f. Kinderheilk. XV. 3. 4. 1893.*

Ein 4½jähriges Kind war schon wenige Tage nach der Geburt heiser, bekam 4 Monate später ein Exanthem luetischer Natur, das abheilte, während die Heiserkeit bestehen blieb. Schliesslich völlige Heilung unter antisyphilitischer Behandlung. Interessant ist in diesem Falle, dass dem syphilitischen Vater abwechselnd gesunde und hereditär-syphilitische Kinder geboren wurden, dass Rachen und Nase von Geschwüren frei blieben, dass der Kehldeckel unbetheiligt war, dass das am rechten Stimmband constatirte Geschwür keinen papillären Grund und Rand zeigte. Der ganze Verlauf der Kehlkopfsyphilis konnte laryngoskopisch sehr gut verfolgt werden. SEIFERT.

150) **Edward F. Parker. Interessante Erscheinungsformen von Syphilis an Augen und Hals: Geschwüre der Epiglottis, Strabismus und Lähmung der Augenmuskeln. (Interesting manifestations of syphilis in the eye and throat: ulcers of the epiglottis, strabismus and paralysis of ocular muscles.)** *Phil. Med. News. 29. April 1893.*

Der Autor giebt die eingehende Krankengeschichte einiger Fälle, die er beobachtet hat; die obige Uebersehrift kennzeichnet die Besonderheiten dieser Fälle zur Genüge. LEFFERTS.

151) **R. Lane** (London). **Lupus des Larynx, Pharynx und weichen Gaumens. (Lupus of pharynx, larynx and soft palate.)** *Brit Medical Journal. March 18. 1893.*

Demonstration vor der West London Medico-Chirurgical Society, am 3. März 1893. Details nicht angegeben. SEMON.

152) **P. Heymann** (Berlin). **Acute Perichondritis arytaenoidea.** Discussion. *Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 2.*

153) **P. Heymann. Bemerkungen zu obigem Fall.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 10.*

Bei einem 16jähr. Patienten waren nach einer ausgesprochenen Erkältung unter Frösteln Schluckbeschwerden, Schnupfen und Fremdkörpergefühl im Kehlkopf aufgetreten. H. fand am 3. Tage die Erscheinungen einer acuten Pharyngitis, Laryngitis und Entzündung der den linken Aryknorpel umgebenden Theile. Schleimhaut des Rachens hellrosaroth, linke Seite unbedeutend geschwellt, Ueberzug der Epiglottis geschwellt und geröthet. Stimmbänder und Hinterwand des Kehlkopfs hellrosa. Linkes Stimmband fast unbeweglich auswärts von der Cadaverstellung. Temp. 38,2. Nach 2 Tagen ist die perichondritische Schwellung geringer geworden, dagegen die linke Seite der Pharynxwand stärker geschwollen, so dass die Möglichkeit, dass sich an der linken Seite ein Abscess bildet, nahe lag. Da die Perichondritis der Schwellung der Pharynxwand erheblich vorausging, nahm H. an, dass sie keine Folge derselben gewesen, sondern höchstens

aus derselben entstanden sei. Nach 12 Tagen anscheinend Heilung. Nach weiteren 5 Tagen und neuer Erkältung stärkere Schwellung der seitlichen Pharynxwand und pralle Anschwellung des äussern Halses und der Unterkiefergegend. Es wurde nach 3 weiteren Tagen ein tiefer Halsabscess incidirt — dann Heilung.

In der Discussion hatte B. Baginsky die Auffassung, dass es sich um eine primäre Perichondritis mit secundärer Betheiligung der Pharynxwand handle, angezweifelt unter Hinweis auf die Unmöglichkeit, allein durch den laryngoscopischen Anblick phlegmonöse Processe des Pharynx und Larynx von perichondritischen zu unterscheiden. B. glaubte vielmehr, dass es sich um ein Erysipelas laryngis et pharyngis handle.

In der zweiten Mittheilung giebt Heymann folgende zwei Deutungsmöglichkeiten: primäre Perichondritis mit secundärer Entzündung des Pharynx und Senkung neben dem Larynx oder primärer phlegmonöser Pharynxabscess, der sich zunächst durch collaterale Entzündung der Umgebung des Aryknorpels und Perichondriums verrieth. Sichere Entscheidung unmöglich. Gegen die Auffassung als Erysipelas spreche der Temperaturverlauf. LANDGRAF.

154) **C. Poli** (Genua). **Aktinomykotischer Perilaryngealabscess. (Ascesso perilaringeo da actinomicosi.)** *Gazz. degli Ospitali. 14. März 1893.*

Kurze, klare und genügende Beschreibung eines Falles aus der Privatpraxis von Prof. Masini. Es war eine linksseitige Pharyngitis phlegmonosa vorausgegangen; nachdem die Halsbeschwerden geschwunden waren, bildete sich allmälig eine grosse fluctuirende Hervorragung auf der vorderen und linken Halsgegend in der Höhe des Schildknorpels. Der Abscess wurde eingeschnitten und, nachdem Prof. Brigidi Aktinomycesanhäufungen im Eiter nachgewiesen, die ganze Höhle sorgfältig ausgekratzt. Es trat vollständige Heilung ein. TOTI.

155) **C. Compaired** (Madrid). **Ueber acute und subacute Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica. (Sull'artrite crico-aritenoidea acuta e subacuta di natura reumatica.)** *Boll. delle Mal. dell'Orecchio. 1893. No. 1.*

Ein subacuter, zwei acute Fälle. Die hervorragendsten Symptome dieser Affection sollen die folgenden sein: Schmerzen bei Palpation des Larynx und der vorderen und lateralen Halsgegend; das Sprechen schwierig und schmerzhaft; normales Aussehen der Glottisgegend, während die Arytaenoidalgegend geröthet und so geschwollen ist, dass das hintere Drittel der Stimmbänder nicht mehr zu sehen ist und die Interaryfalte verschwindet; die Schmerzen beim Sprechen strahlen nicht bis in die Ohren aus. Im ersten Falle war die Adduction der Stimmbänder, besonders der linken, sehr beeinträchtigt; im zweiten hatten dieselben eine vom Verf. sonst nie so ausgesprochen gesehene Cadaverstellung, „indem sie in forcirter Adduction sich befanden", und „sämmtliche Gewebe und Muskeln der inneren und Arytaenoidalgegend infolge der grossen Schwellung der Giessbeckengelenke viel länger geworden waren". Auch beim dritten Falle war eine abnorme Einwärtsdrehung der Stimmbänder zu constatiren. Zur Behandlung empfiehlt C. Salicylpräparate in grossen Dosen, Einstäubungen mit Cocain und Natrium bicarbon. und Ruhe des Organs. Eis widerräth er. Bei seinen

Kranken hat er (natürlich mit Erfolg) auch die Mineralwässer von Tiermas angewandt, dessen Badeanstalt er dirigirt. TOTI.

156) **A. Musehold** (Berlin). **Ein neuer Apparat zur Photographie des Kehlkopfs** *Deutsche medic. Wochenschr. 1893. No. 12. Annales des maladies du larynx. No. 1. 1893.*

Nach einem historischen Ueberblick über die bisherigen mittelst der Photographie erreichten Erfolge und die Methoden der Gewinnung der Bilder schildert M. den von ihm construirten Apparat und bringt Abbildungen der damit gewonnenen Bilder. (Benekendorf, Berlin SW, Friedrichstr. 236.) LANDGRAF.

157) **Killian** (Freiburg). **Die Demonstration laryngoskopischer Bilder vermittelst der directen Projection.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 6. 1893.*

Wegen der vielen optischen Details nicht zu referiren und im Original nachzulesen; zum Gelingen der Demonstration ist eine grosse elektrische Bogenlampe oder ein Heliostat nothwendig. SCHECH.

158) **G. Ferreri** (Rom). **Neue Larynxinstrumente. (Nuovi strumenti per la laringe.)** *Arch. it. d'Otologia. 1893. No. 1.*

Zangen, die in höherem Grade als die üblichen die Vortheile haben sollen keine Nebenverletzungen zu verursachen, die Glottis leicht auseinanderzubringen und die entfernte Geschwulst behufs histologischer Untersuchung nicht zu zerstören. TOTI.

f. Schilddrüse.

159) **G. B. Ughetti** (Catania). **Ueber Physiologie der Schilddrüse. (Sulla fisiologia della tiroide.)** *Riforma medica. 9. December 1892.*

U. hat folgende Versuche angestellt:

1. Einheilung von Kaninchen- oder Katzenschilddrüsen beim Hunde mit nachträglicher Exstirpation der eingeheilten Drüse.

2. Einheilung von Hundschilddrüsen bei der Katze, dann Exstirpation der eigenen Schilddrüse der Katze und zuletzt Exstirpation der eingeheilten Schilddrüse.

Verf. ist zu folgenden Schlüssen gelangt:

1. Ein Hund, bei dem eine Hunde- oder Katzenschilddrüse erfolgreich eingeheilt worden ist, darf der Exstirpation seiner Thyreoidea unterzogen werden ohne dass sich im gewöhnlichen Zeitraum Erscheinungen von Athyroidie einstellen.
2. Werden einem Hunde oder einer Katze, die der Einheilung fremder und nachträglicher Exstirpation ihrer eigenen Schilddrüsen unterzogen wurden, die eingeheilten Drüsen oder was von ihnen geblieben, später exstirpirt, so wird das Thier von Erscheinungen der Athyroidie manchmal getroffen, manchmal aber nicht. Im ersten Falle stellen sich aber die Erscheinungen später ein als bei einfacher Thyroidectomie.

3. Die eingeheilte Drüse fällt langsam der Atrophie anheim. Ueber die bei der atrophirten Drüse constatirten Veränderungen wird ein Schüler U.'s bald berichten.
4. Die Thyreoideatransplantation kann mit Erfolg an Thieren verschiedener Species ausgeführt werden. Praktisch ist dieses nach U. das interessanteste Ergebniss seiner Experimente. TOTI.

160) **Christiani** (Genf). **Neue Untersuchungen über die Schilddrüse bei den Nagern.** *Revue méd. Suisse romande. H. 1. 1893.*

Detailstudie über accessorische Schilddrüschen, welche bei verschiedenen Nagern viele Variationen zeigen. JONQUIÈRE.

161) **Beresowsky** (Moskau). **Ueber die compensatorische Hypertrophie der Schilddrüse.** *Beiträge z. pathol. Anat. XII. 1. 1892.*

B. hat auf Anregung Ziegler's an Hunden eine Reihe von Versuchen angestellt mit folgenden Resultaten: örtliche Regeneration ist bei der Schilddrüse möglich, selbst bei einer wesentlich entarteten Schilddrüse. Compensatorische Hypertrophie der Schilddrüse tritt sehr rasch (in 8—14 Tagen) nach der Exstirpation ein und kann eine erhebliche Ausdehnung erreichen. Ein gewisser Unterschied zwischen der Schilddrüsenhypertrophie und der der Leber und der Nieren scheint darin zu bestehen, dass erstere schon relativ früh ihren Abschluss erreicht und nicht, wie bei Leber und Nieren, bis zum vollständigen Ersatz der ganzen verlorenen Substanz führt. Wahrscheinlich ist bei der Schilddrüse dieser Process früher beendigt, weil schon ein relativ geringer Theil derselben genügt, um die bis jetzt immer noch unbekannte Function dieser Drüse auszuüben.

SEIFERT.

162) **E. Tavel. Ueber die Aetiologie der Strumitis.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Kurzes Referat. LANDGRAF.

163) **Julius Schnitzler** (Wien). **Zur Aetiologie der Strumitis.** *Internation. klin. Rundschau. 1893. No. 16.*

Bei der Untersuchung von Strumitiseiter in 5 Fällen hat Schn. 3mal den Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcus Pneumoniae gefunden und glaubt, dass die Nähe des Respirationstractus, der so häufig den Diplococcus Pneumon. beherbergt, die Erklärung dafür abgiebt, warum man bei Strumitis diesen sonst so selten bei Eiterungen anzutreffenden Microorganismus findet. Bezüglich der Details muss auf das Original verwiesen werden. CHIARI.

164) **J. Sudakewicz** (Kiew). **Zur pathologischen Anatomie des Kropfs. (K pathologitscheskoi anatomii seba.)** *Wratsch. 1892. No. 19.*

Verf. hat 4 Fälle von Colloidkropf untersucht und in den schon bekannten Vacuolen einen eigenthümlichen, bis jetzt nicht beschriebenen Inhalt gefunden. Die Vacuolen waren verschieden gross und meist eiförmig, selten rund oder unregelmässig. Die kleinen Vacuolen enthielten 1—3, die grossen viele Kerne, welche an den Wänden der Vacuolen lagen. In Präparaten, die nach besonderen

Färbemethoden behandelt waren, sah man die Vacuolen von einem Hof umgeben. In einigen Vacuolen fand man von den Kernen zarte Fäden abgehen, die sich unter einander verflochten. Einige dieser Fäden schienen aus einzelnen Körnchen zu bestehen. Es wurden auch Vacuolen angetroffen, die keine Kerne, sondern nur einen Knäuel von Fäden enthielten.

Da diese Gebilde in allen 4 Fällen und nach verschiedenen Behandlungsmethoden der Präparate angetroffen wurden, so glaubt Verf. die Vermuthung aussprechen zu können, dass es sich hier um besondere pathogene Organismen handele. LUNIN.

165) **R. M. Home** (Slamanan, Schottland). **Die Blutgefässe der Schilddrüse beim Kropf. (The bloodvessels of the thyroid gland in goitre.)** *Lancet. 26. November 1892.*

Ein kurzer Bericht über einige histologische Untersuchungen, die der Verf. im pathologischen Institut zu Strassburg angestellt hat. Verf. bespricht die feinere Anatomie der Schilddrüse und beschreibt eine Veränderung der Arterien, welche eine deutlich ausgesprochene Proliferation des Endothels in localisirten Herden zeigen, derart, dass solide Zellknospen in das Lumen der betroffenen Gefässe hineinragen. Diese stossen sich anscheinend nicht ab, allein es erscheint doch wahrscheinlich, dass einzelne Zellen von ihnen in den Blutstrom gerathen.

Der Verf. untersucht gegenwärtig im Laboratorium des Royal College of Physicians, welche Beziehungen sein Befund zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

166) **J. Collins Warren** (Boston). **Ein Fall von vergrösserter accessorischer Schilddrüse an der Zungenbasis. (A case of enlarged accessory thyroid gland at the base of the tongue.)** *Internat. Journal of the Medical Sciences. October 1892.*

Die 52jähr. Frau hatte zum ersten Male ein Knötchen an ihrem Halse vor 22 Jahren wahrgenommen. Dieses war seither langsam gewachsen. Die Untersuchung ergab einen hühnereigrossen Tumor an der Zungenbasis, der mit der Epiglottis in keinerlei Zusammenhang stand. Die Geschwulst war mit normaler Schleimhaut überkleidet, ein gewundenes Gefäss lief über sie hin. Sie wurde enucleirt; mikroskopisch untersucht war ihre Strictur der der Schilddrüse gleich. Verf. fügt an seinen Fall eine Besprechung der in der Literatur vorhandenen Fälle von solchen accessorischen Schilddrüsentumoren an. P. MC BRIDE.

167) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung des Kropfes. (The treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Record. 22. October 1892.*

Bei den so widerstreitenden Anschauungen über den Werth der verschiedenen Behandlungsmethoden des Kropfes ist ein Zögern in der Wahl der einzuschlagenden Methode für den behandelnden Arzt nur natürlich. Der Verfasser giebt ein Resumé über ein paar der neuerdings empfohlenen Methoden, von denen er die von Sen, Chine, O'Reilly, Auerbach und Kapper erwähnt. Die Untersuchungen Bailly's an 77 auf der Socin'schen Klinik operirten Fällen lassen den Schluss zu, dass die intraglanduläre Enucleation in den meisten Fällen aus-

führbar ist, dass sie gefährlichere Blutungen nicht verursacht und keine Lähmung der Stimmbänder durch Verletzungen der Nerven herbeiführt. Was die Recidive anbelangt, so giebt sie ebenso günstige Resultate, wie die partielle Exstirpation; dagegen kommen so peinliche Folgeerscheinungen, wie Tetanie oder Cachexie bei ihr überhaupt nicht vor. Glücklicher Weise ist der Kropf an sich nicht gerade häufig in den Vereinigten Staaten, wo er aber häufig ist (wie z. B. nicht weniger als 420000 Personen in 30 Departements von Frankreich am Kropf leiden), da gewinnt die Frage der Behandlung eine grosse Bedeutung.

LEFFERTS.

168) **W. H. F. Miller. Verkleinerung eines Kropfes durch den faradischen Strom. (Reduction of goitre by the faradic current.)** *Philad. Medical News. 3. December 1892.*

Bisher ist der faradische Strom nicht oft erwähnt worden unter den Mitteln, welche pathologische Processe aufzuhalten vermögen, doch ist es möglich, dass er sich in gewissen Fällen brauchbarer erweist, als der constante Strom. Es lassen sich manche Einwendungen gegen seine Anwendung machen, so z. B. dass er Schmerz verursacht, und dass die Stromuntersuchung auf nervöse Patienten nicht gut wirkt. Allein in dem von M. mitgetheilten Falle trat der gewünschte Effect schneller ein, als dies mit einem galvanischen Strom von 15 oder 20 Elementen möglich gewesen wäre.

LEFFERTS.

169) **Wölfler** (Graz). **Zur operativen Behandlung des secundären retroviscerales Kropfes.** *Wiener med. Blätter. 1892. No. 41.*

Im Jahre 1888 wurde bei einem Patienten die Enucleation mehrerer Kropfknoten der rechten Schilddrüsenhälfte ausgeführt. Im Jahre 1892 hatte sich an der linken Seite des Rachens ein vicariirender gänseeigrosser Strumaknoten retrovisceral gebildet, der Schling- und Athembeschwerden verursachte. Bei der von einer Pharyngotomia lateralis aus ausgeführten Exstirpation erwies sich der Knoten als alliirter Nebenkropf, da er mit dem linken Schilddrüsenlappen nicht parenchymatös, sondern nur bindegewebig zusammenhing. Der linke Schilddrüsenlappen blieb erhalten, so dass keine Gefahr einer Cachexia strumipriva bestand. Wäre ausser dem Nebenkropf kein Schilddrüsengewebe vorhanden, so müsste eine Dislocation des Nebenkropfes stattfinden, wenn derselbe bedeutende Störungen macht. Diese Dislocation wäre bei völligem Isolirtsein des Nebenkropfes schwierig und müsste eventuell in zwei Zeiten geschehen.

CHIARI.

170) **Krönlein** (Zürich). **Ueber Kropftod.** (**Aus der Arbeit: Klin. Untersuchungen über Kropf, Kropfoperation und Kropftod in** *Beitr. z. klin. Chir. IX. 3.) Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 1. 1893.*

Unter Kropftod versteht Krönlein die Form der Athemnoth, welche ganz unerwartet „wie ein Dieb in der Nacht“ mitten im Schlaf den Pat. paroxysmenartig überfällt und dem Leben ein jähes Ende bereitet. Nach vielen Untersuchungen kommt K. zu dem Schluss, dass der Kropftod ein reiner Erstickungsanfall ist, dessen Ursache lediglich in der Trachea liegt und z. B. nicht durch

Stimmbandwirkungen zu Stande kommt. Der Hergang ist folgender: Die Erstickung wird bewirkt

a) durch eine plötzliche Steigerung des Kropfdruckes gegen die an Stelle des höchsten Druckes nachgiebigere weichere Trachealwand (die Rose'sche Tracheomalacie, den „Luftschlauch", leugnet K. jedoch).

b) Die plötzliche Drucksteigerung wird bedingt, abgesehen von plötzlicher Druckzunahme durch Hämorrhagien im Kropf, in der überwiegenden Mehrzahl durch plötzlich forcirte Athemmechanik, woran namentlich auch die Hals- und Kehlkopfmuskeln, speciell die Sternohyoidei und -thyreoidei, und zwar als Inspiratoren theilnehmen. Diese Muskeln — bei Kropfleidenden gewöhnlich bedeutend hypertrophisch — drücken dabei die von ihnen überbrückte Kropfgeschwulst fest gegen die Trachea, so dass deren Lumen verlegt wird.

c) Diese plötzliche und unabhängig vom Willensimpuls, oft mitten im Schlafe entstehende forcirte Athemmechanik wird folgendermassen bedingt: Bei dem schlafenden Kropfkranken mit seiner weichen Trachea und seiner Kropfstenose, welche übrigens keineswegs sehr bedeutend zu sein braucht, wird durch eine unbequeme Lage, oder durch etwas Schleim im Luftrohr, oder durch ein schreckhaftes Auffahren im Traume u. s. w. das Athembedürfniss plötzlich vermehrt und es tritt der sub b beschriebene Athmungsmechanismus ein, welcher zum Kropftod führt.

Als Immediattherapie kann das Abheben des Kropfes von der Luftröhre mittelst der Finger oder (spitzen) Haken mitunter die Endkatastrophe verhindern.

JONQUIÈRE.

171) **Raymond** und **Seneuil. Psychische Störungen bei der Basedow'schen Krankheit. (Troubles psychiques de la maladie de Basedow.)** *Congrès de Blois. August 1892.*

Die Basedow'sche Krankheit wird häufig von psychischen Störungen begleitet, welche die einen Autoren als Aeusserung der Krankheit selbst, andere als accessorische Erscheinungen ansehen. Auf Grund sorgfältiger Beobachtung dieser Störungen der Psyche bei dem Morbus Basedowii stellen die Verf. folgende Schlüsse auf:

1. Die psychischen Störungen beim Morbus Basedowii bilden keinen integrirenden Bestandtheil dieser Krankheit.

2. Sie haben nichts Specifisches und können in allen Formen vorkommen. Sie stellen in Wahrheit nur eine Verbindung des Kropfes mit verschiedenen und selbständigen Psychosen dar.

3. Es lassen sich diese psychischen Symptome auf die verschiedenen Krankheiten vertheilen, denen sie zugehören.

4. Ein gewisser Theil entspricht dem Bilde der Neurasthenie, ein anderer dem der Hysterie, Epilepsie, Manie, Melancholie, dem hallucinatorischen Delirium, dem alkoholischen Delirium u. s. w.

5. Eine wichtige Gruppe ist eng verknüpft mit der geistigen Degeneration, auf welche eine psychopathische hereditäre Belastung hinweist, ihr früherer geisti-

ger Zustand (mangelndes Gleichgewicht der Psyche), ihre körperlichen und geistigen Stigmata und schliesslich die Form ihrer Delirien.

6. Die Verbindung der Basedow'schen Krankheit mit geistiger Degeneration bildet kein bloss äusseres Zusammentreffen, sie erklärt sich durch die Heredität, von der beide Erscheinungen abhängen. Es ist dies ein Beispiel für das Gesetz von der Coexistenz der Neurosen und Psychosen und ihrer parallellaufenden und von einander unabhängigen Entwickelung.

7. Die psychopathische Veranlagung kann zum Ausdruck kommen durch den Ausbruch eines Deliriums, sei es im Verlaufe eines Morbus Basedowii, sei es noch vor dessen Beginn oder auch erst nach dessen Heilung oder schliesslich mehrmals nach einander in allen diesen Stadien.

8. Der psychische Choc, der die Basedow'sche Krankheit hervorruft, kann gleichzeitig die latente Neigung des Patienten zum Delirium in die Erscheinung treten lassen. In gewissen Fällen wirkt bei einem prädisponirten Individuum die Basedow'sche Krankheit selbst in dem Sinne, dass die psychischen Störungen hervortreten; sie nimmt dann aber keine andere Stellung ein, als jede andere ganz gewöhnliche Gelegenheitsursache.

9. Die Basedow'sche Krankheit ist eine bulbo-protuberantielle Neurose, bestehend in Uebertreibung und Permanenz der physiologischen Emotionserscheinungen. Es ist eine psychische Anomalie, die Emotivität, die die Basis der Krankheit bildet.

10. Dieselbe ist oft nur ein besonderes Glied der functionellen Störungen, die bei einem degenerirten Individuum die eine oder andere Gruppe der Rindencentren (psychische, psycho-motorische, sensorielle, sensible) oder der bulbären oder spinalen Centren treffen. Es handelt sich um eine wahre Desinquilibration der vasomotorischen Centren, neben der oft eine analoge Störung seitens der anderen Centren der Cerebrospinalaxe besteht. J. BARATOUX.

172) George R. Murray (Newcastle). **Die Pathologie und Therapie des Myxoedems; mit 4 Fällen. (The pathology and treatment of myxoedema with four cases.)**

173) T. Claye Shaw. **Ein Fall von Myxoedem mit Melancholie behandelt und geheilt durch Injectionen von Schilddrüsensaft. (Case of myxoedema with melancholia treated by injections of thyroid juice.)** *British Medical Journal. 27. August 1892.*

Beide Mittheilungen kamen in der Section für Pathologie auf der Jahresversammlung der B. M. A. zum Vortrag. In der ersten Arbeit sind 4 Fälle erwähnt, bei denen allen unter der Injection von Schilddrüsenextract Besserung Platz griff. Nach Eintritt der Besserung noch aber können die Patienten mit schwachem oder degenerirtem Herzen plötzlich sterben. Gelegentlich folgten auch auf eine rapide Injection Congestionen, Uebelkeiten und Stiche und es wird deshalb empfohlen, 5 Min. Zeit für jede Injection auszusetzen.

In einer kurzen Discussion, die sich anschloss, sagte V. Horsley, dass die Besserung augenscheinlich nur so lange anhielte, als man die Injectionen fortsetze und dass eine dauernde Heilung allein durch die Ueberpflanzung der Drüse

verbürgt werde; diese jedoch sei äusserst schwer zu erzielen. Was die Erklärung der Wirksamkeit dieser Therapie anlangt, so glaubt H., dass Sir J. Simon wahrscheinlich Recht habe mit seiner Theorie, dass die Schilddrüse eine Substanz secernire, die für die Ernährung des Nervensystems nothwendig sei.

MACKENZIE-JOHNSTON.

174) **Hector Mackenzie** (London). **Ein Fall von Myxoedem, mit grossem Erfolge behandelt mittelst Verfütterung frischer Schilddrüsen. (A case of myxoedema treated with great benefit by feeding with fresh thyroid glands.)**

175) **E. L. Fox** (Plymouth). **Ein Fall von Myxoedem behandelt durch Darreichung eines Schilddrüsenextractes per os. (A case of myxoedema treated by taking extract of thyroid by the mouth.)** *British Med. Journ. 29. Octob. 1892.*

In beiden Arbeiten wird gezeigt, dass man gleich gute Resultate erzielen kann, wenn man die Patienten frische Schilddrüsen oder frisch bereiteten Drüsenextract per os nehmen lässt, als durch die subcutane Injection des Extractes. Beide Autoren constatirten, dass wenn die Patienten zu grosse Quantitäten nahmen, dass sie dann eine Temperaturerhöhung bekamen und über Schwäche und profusen Schweiss klagten. Die besten Resultate schienen erzielt zu werden, wenn die Patienten etwa eine halbe Schilddrüse 1 mal in der Woche bekamen, obschon im Anfang für eine kurze Zeit auch grössere Mengen gestattet werden können.

MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

176) **Monakow** (Zürich). **Ueber spasmodische Dysphagie mit Demonstration.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 8. 1893.*

32jähriges Fräulein, sonst ganz gesund, hat seit dem 22. Lebensjahre, in welchem sie traurige Familienereignisse erlebte, Perioden von Oesophaguskrampf, welcher eintritt, sobald der normal verschluckte Bissen in den unteren Theil des Rohrs gelangt ist. Der Bissen wird dann durch den Krampf wieder herausgedrängt. Die Perioden dauern wochenlang, so dass dann Pat. bedeutend abmagert, worauf wieder lange ganz freie Intervalle eintreten, wo Pat. stark essen kann und wieder rasch zunimmt. Keine Therapie hilft etwas. Die Sondirung geschieht mit solchen Schwierigkeiten, dass mittelst derselben keine künstliche Ernährung durchgeführt werden kann. Antihysterische Behandlungsweise, auch Suggestion sind erfolglos. Schliesslich erliegt die Kranke an den immer hartnäckiger auftretenden Recidiven des Uebels trotz Klysmaernährung an Inanition.

Die Autopsie ergab „im untern Drittel der Speiseröhre eine trichterförmige Ektasie von 5 cm Weite“. Darunter fand sich „dicht oberhalb der Cardia eine Axendrehung des Oesophagus mit Bildung einer tiefen länglich vorlagernden Knickungsstelle“. Nirgends Ulcerationen. Schleimhaut normal; Wand der unteren Speiseröhre bedeutend hypertrophisch, ca. 0,7 cm dick. Die Schleimhaut des Magens war gewulstet, stellenweise blutig imbibirt. Flüssigkeit von oben

geht nicht durch, wenn die Torquirung nicht aufgehoben wird, wohl aber umgekehrt.

Medulla oblong. und N. vagi wurden noch nicht untersucht.

Es handelt sich wahrscheinlich um ein primär functionelles Leiden auf hysterischer Basis. JONQUIÈRE.

177) v. Hacker (Wien). **Zur Statistik und Prognose der Verätzungen des Oesophagus und der im Gefolge derselben entstehenden Stricturen.** *Arch. f. klin. Chir. 45. Bd. 3. H. 1893.*

Identisch mit dem bereits in No. 9 ds. Jahrg. referirten Aufsatze des gleichen Aufsatzes. SEIFERT.

178) **Willy Meyer. Die Oesophagotomia externa bei der operativen Behandlung der narbigen Oesophagusstricturen. Mit einem Vorschlag zur Verbesserung der Methodik der Oesophagotomia interna. (External oesophagotomy in the operative treatment of cicatricial stricture of the oesophagus. With a proposition for improving the method of performing internal oesophagotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 19. November 1892.*

1. Nach dem Schlucken von Säuren etc. soll man mit dem Sondiren beginnen, sobald als irgend angenommen werden kann, dass die inneren Wände verheilt sind, sicher aber nicht später als 2—4 Wochen nach dem Unfall. Diese prophylaktische Behandlung muss in regelmässigen Intervallen eine lange Zeit hindurch fortgesetzt werden — wenn nöthig, das ganze Leben hindurch. Es kann zu diesem Zwecke primär die Gastrotomie gemacht werden (Maydl, von Hacker).

2. Hat sich eine Oesophagusstrictur entwickelt und ist sie vom Mund aus undurchgängig, so soll der Pat. sobald als möglich einer Operation unterzogen werden. Eine forcirte Dilatation oder Bohren mit der Sonde ist nicht gestattet. Das letztere namentlich begünstigt die Schaffung eines falschen Weges. Der Oesophagus ist auf diese Weise bereits öfters perforirt worden.

3. Die äussere Oesophagotomie zur Anlegung einer zeitweiligen Fistel am Halse ist nützlich und in manchen dieser Fälle ausreichend, besonders bei Kindern. Gewöhnlich lässt sich die Enge von dieser Oeffnung aus ganz leicht passiren. Man kann dann eine Sonde liegen lassen, ohne dass die Uebelstände, welche sonst das Einführen durch Nase und Rachen mit sich bringt, von dem Pat. empfunden werden. Diese Operation ist stets indicirt, wenn ausser einer impermeablen Strictur in dem unteren Theile des Oesophagus oder hinter der Bifurcation der Trachea noch eine zweite (oder dritte) besteht in der Höhe des Ringknorpels oder nicht weit von diesem.

4. Bei erwachsenen Patienten und bei sehr Abgemagerten, die sofort einer forcirten Ernährung bedürfen, kann die primäre Gastrotomie mit nachfolgender retrograder Sondirung den Vorzug verdienen.

5. Ist die Strictur mit Erfolg gedehnt und lässt sich dieselbe Sonde, die von der Halswunde aus die Enge passirte, auch vom Munde aus bequem einführen. so muss die Fistel geschlossen werden. Wenn die Gastrotomie gemacht

ist, so erfordert diese zweite Operation gewöhnlich eine Laparotomie und eine getrennte Naht der Magen- und der Abdominalwunde.

6. In einer Anzahl von Fällen hat die Dehnung und Weitung der Strictur eine gewisse Grenze oder aber die schnell erweiterte Strictur zieht sich sehr schnell wieder zusammen. Dann ist die interne Oesophagotomie als einziges Mittel zur Heilung indicirt.

7. Die interne Oesophagotomie, unter diesen Umständen ausgeführt, ist eine sehr gefährliche Operation, besonders weil uns bisher alle Mittel fehlen, das Operationsfeld von infectiösem Material freizuhalten.

8. Eine gründliche Desinfection der intrathoracischen Partie des Oesophagus erscheint dadurch ausführbar, dass man zur externen Oesophagotomie die Gastrotomie gesellt und dann umgekehrt. Dann kann man vor und nach der Operation das Operationsfeld und den Magen durch antiseptische Bespülungen reinigen. Durch eine vorübergehende antiseptische Tamponade des cardialen Abschnitts der Speiseröhre und des Theiles zwischen Halsfistel und Rachen ist voraussichtlich eine Infection der Wunde zu vermeiden.

9. Von einer Incision am Halse aus kann die interne Oesophagotomie auf dieselbe Weise und mit denselben Instrumenten ausgeführt werden, wie die Spaltung von Stricturen des vorderen Theiles der Urethra. Die Spaltung soll nur auf retrogradem Wege vorgenommen werden, indem man das Messer zuerst durch die Enge hindurchführt. Eine Leitsonde, die von der Magenfistel aus eingeführt wird, dürfte dieses Vorhaben selbst in schwierigeren Fäslen unterstützen. Es kann nothwendig werden, besonders bei Erwachsenen, ein Instrument von besonderer Länge zu haben, bisweilen auch ein gebogenes, das besonders für diesen Zweck construirt ist. LEFFERTS.

179) **H. D. Rolleston** (London). **Sarcom des Oesophagus mit Metastasen in den Knochen. (Oesophageal sarcoma, secondary growths in the bones.)** *Brit. Med. Journ. Febr. 11. 1893.*

Demonstration vor der Pathological Society of London, am 7. Februar 1893. Die Neubildung hatte den Oesophagus perforirt und einen gangränösen Lungenabscess erzeugt.

Die Metastasen fanden sich in vielen Rippen, dem rechten Os ilei und in der mittleren Schädelhöhle. Auch die Lymphdrüsen um das Pancreas herum waren inficirt. Der Vortragende hatte erwartet, dass die Geschwulst sich als ein Lymphosarcom erweisen würde; dies war aber nicht der Fall. Fälle von Oesophagussarcom seien von M. Butlin und von Mr. Targett berichtet worden.

In der Discussion bemerkte Mr. Shattock, dass er nicht recht einsehen könne, warum Dr. Rolleston vorausgesetzt habe, die Geschwulst würde sich als ein Lymphosarcom erweisen, da die Schleimhaut und Submucosa des Oesophagus den gewöhnlichen Character von Schleimhäuten trügen. Anders stände es mit den sarcomatösen Neubildungen des Magens und der Gedärme, da hier die Schleimhaut zu so bedeutendem Theile aus Lymphgewebe bestände. Hier also darf man in der That erwarten, dass sarcomatöse Neubildungen die Form des Lymphosarcoms tragen werden, nicht aber beim Oesophagus. SEMON.

180) **L. Löwe** (Berlin). **Beiträge zur Oesophagoskopie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 12.*

L. hat von Hirschmann (Johannisstrasse 14/15) ein Oesophagoscop construiren lassen, mit dem er einen mit Oesophaguscarcinom behafteten Kranken untersucht hat.

LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Albert Ruault** (Paris). **Die Krankheiten der Nase und des Kehlkopfes. (Maladies du nez et du larynx.)** Bd. IV. Traité de médecine. November 1892.

Das vorliegende Werk R.'s bildet die Folge des im Vorjahre in derselben Sammlung erschienenen Buches: Die Krankheiten des Mundes und des Rachens. Da jede Berührung chirurgischer Fragen in einem „Traité de médecine" naturgemäss ausgeschlossen war, musste R. sich auf die internen Affectionen im Gebiet der Rhinolaryngologie beschränken unter Ausschluss der benignen und malignen Tumoren der Nasenhöhle und des Kehlkopfes, der Abscesse der Kieferhöhle, der Deformitäten der Nasenscheidewand etc.

Wir finden in dem rhinologischen Theile des Buches ein gutes Capitel über die Circulationsstörungen der Riechschleimhaut und besonders über die activen Congestionen nervösen Ursprungs. Weiterhin, bei Besprechung des Nasenblutens, schreibt der Verf. diesen activen Fluxionen eine prädominirende pathogenetische Bedeutung zu und zeigt, wie die Häufigkeit dieses Ereignisses schlecht im Einklang steht mit der Zahl und der Bedeutung der Gefässveränderungen.

In einem demselben Kapitel angehängten Abschnitt giebt uns R. eine kurze aber inhaltsreiche Beschreibung des perforirenden Nasenscheidewandgeschwürs, einer Affection, die nach R. von verschiedenen ätiologischen Factoren abhängig sein kann, und deren gleichmässiges Aussehen die Folge der besonderen anatomischen Structur dieser Gegend und ihrer schwachen Blutversorgung ist. R. ist übrigens von der bacteriellen Natur dieses Processes völlig überzeugt.

Erwähnung verdient auch das Kapitel, das den nasalen Reflexen gewidmet ist, sowie das das Heuasthma behandelnde, eine Affection, für deren Pathogenese die hauptsächlichste, wenn nicht eine exclusive Bedeutung nach R.'s Ansicht das Einathmen von Pollenstaub in die Nasenhöhle hat.

Die Besprechung der atrophischen Rhinitiden im Allgemeinen und der Ozaena im besonderen ist eine der gelungensten des Buches. Wir finden darin neben einer hervorragend guten Schilderung des klinischen Krankheitsbildes und guten therapeutischen Rathschlägen sehr einsichtige Reflexionen über die Natur der Krankheit. Der Verf. lässt — nach unserer Meinung mit Recht — diese

Frage in der Schwebe und vermeidet eine ganz bestimmte Stellungnahme für die eine oder die andere der über diesen Punct aufgestellten Theorien.

R. hat die Ozaena im Anschluss an tertiäre syphilitische Processe sich entwickeln sehen; wir können aus eigener Beobachtung seine Angaben in dieser Beziehung bestätigen.

Unter den Kapiteln, welche die Affectionen des Larynx behandeln, ist eines der interessantesten und das am stärksten den Stempel individueller Auffassung und Erfahrung tragende das über die neuropathischen Störungen des Larynx und besonders der Abschnitt über die Mobilitätsstörungen. Um über die noch viel umstrittene Natur gewisser hierhergehöriger Störungen nicht voreilig zu urtheilen, vereinigt R. in seiner Besprechung stets die Motilitätsstörungen, die unter einem bestimmten laryngoskopischen Bilde sich äussern, ohne sich mit der grösseren oder geringeren Rolle, die das spasmodische oder das paralytische Element in jedem Falle spielt, viel zu befassen. Die Eintheilung dieser Störungen, die sich ganz auf der klinischen Betrachtung der Krankheitsbilder aufbaut, verdient eine besondere Erwähnung; sie lässt sich in folgender tabellarischer Uebersicht resumiren:

Lähmungen . . .	einseitige	partielle	mangelhafte oder fehlende	Adduction
				Tension
				Abduction
		totale	Abduction:	extreme
			„ :	mittlere
			Adduction:	vollständige
			„ :	forcirte
	doppelseitige	partielle	mangelhafte oder fehlende	Adduction
				Tension
				Abduction
		totale	Abduction:	extreme
			„ :	mittlere
			Adduction :	vollständige

Wir bemerken, dass der Verf. diese Eintheilung nicht auf rein theoretische Betrachtungen stellt, sondern dass er sich auf Beispiele aus seiner eigenen practischen Erfahrung stützt. So erwähnt er besonders einen bemerkenswerthen Fall von mangelhafter Spannung eines Stimmbandes, den er beobachtet hat.

Die Kapitel über die chronischen Kehlkopfentzündungen, die Syphilis und die Tuberculose des Kehlkopfs sind in gleicher Weise reich an eigenen Betrachtungen des Verfassers.

Alles in allem wird man bei der Lectüre des Buches, das zur rechten Zeit eine Lücke in der rhino-laryngologischen Literatur Frankreichs ausfüllen dürfte, den Eindruck haben, dass es einer hervorragend persönlichen Erfahrung seinen

Ursprung verdankt, elegant geschrieben ist und einen Kliniker zum Autor hat, der lieber das giebt, was er selbst gesehen, als was er gelesen hat.

Luc.

---

b) British Laryngological and Rhinological Association.

Versammlung vom 1. Juli 1892.

Vorsitzender: Lennox Browne.

(Journal of Laryngology. August 1892.

Mac Intyre (Glasgow) besprach einen Fall von Ulcus rodens, das sich vom Gesicht in den Oberkieferknochen hinein ausbreitete.

Lennox Browne berichtete über einen Fall von Verstopfung des Oesophagus durch eine Zahnplatte. Die Extraction erfolgte $3^1/_2$ Jahre nach dem Unfall.

Mayo Collier stellt einen Pat. vor, der an Kehlkopfstenose litt; Bemerkungen von Stoker und dem Vorsitzenden schlossen sich an die Demonstration an.

Wyatt Wingrave zeigte ein paar mikroskopische Präparate zur Illustration der verschiedenen Formen von Epithelialgeschwülsten, die an der Zunge und im Rachen vorkommen.

Mac Intyre hielt darauf einen Vortrag über „die Aetiologie der Affectionen des oberen Respirationstractus". Der Redner bezog sich auf einen Vortrag, den er früher vor der Gesellschaft gehalten habe, über die Beziehung der Bakteriologie zu den Nasen- und Halskrankheiten. Er betonte, dass die Organismen, die man unter verschiedenen Verhältnissen in Mund, Nase etc. finden könne, so zahlreich seien, dass eine Classification derselben zur Zeit nicht möglich sei. Wo sich jedoch ein besonderer Mikroorganismus beständig finde bei einer besonderen Krankheit, da müsse man durch Züchtungs- und Uebertragungsversuche einen causalen Zusammenhang zwischen diesem Organismus und der Krankheit festzustellen suchen.

Redner erwähnt dann einige auf die Diphtherie, das Erysipel und eitrige Processe bezügliche Thatsachen, um die Schwierigkeiten zu kennzeichnen, auf die wir bei der Beurtheilung von Keimen, welche beim Gesunden und beim Kranken gefunden werden, stossen. Redner betont zum Schluss nachdrücklichst die Wichtigkeit einer sorgfältigen antiseptischen Prophylaxe besonders für den oberen Respirationstractus, der so voll von Mikroorganismen ist. Der Vorsitzende, Mayo Collier und Hewetson betheiligten sich mit kurzen Bemerkungen an der Discussion.

Bendelach Hewetson (Leeds) sprach über „die Beziehungen zwischen den verschiedenen Formen der Nasenstenose und der Taubheit." Nach H. ist die Nasenstenose gewöhnlich verbunden mit einer Verengerung der Kiefer, Aneinanderdrängung der Zähne und hohem Gaumen etc., welche H. zurückführen will auf das Geniessen weicherer Nahrung, als sie der uncolti-

virte Mensch zu sich nimmt. Bei der Untersuchung einer grossen Anzahl von Arabern und Zanzibariten hat H. keinen Fall von Nasenstenose gesehen. Redner hebt dann die ernsthaften Folgen der nasalen Obstruction hervor und empfiehlt seine Methode der forcirten Dilatation der Nase.

Mayo Collier gab seinen von des Redners Ansichten abweichenden Anschauungen sowohl bezüglich der Erweiterungsmethode, als auch über die Ursachen der Stenose Ausdruck. An der weiteren Discussion betheiligten sich der Vorsitzende, George Stoker, Warden und Mac Intyre.

Versammlung vom 9. December 1892.

Vorsitzender: Dr. Sandford.

(Journal of Laryngology. Januar 1893.)

W. Milligan (Manchester) besprach einen Fall von intranasalem Sarcom. Die 45jähr. Patientin hatte ihn wegen Verstopfung der linken Nasenseite und vollständigem Verlust des Geruchs consultirt. Zwanzig Jahre vorher war der Pat. ein Polyp aus derselben Nasenseite entfernt worden und vor 7 Jahren war noch einmal eine ähnliche Operation ausgeführt worden, damals unter recht bedeutender Blutung. Vor 2 Jahren hatte die Patientin auch an einem Uteruspolypen gelitten. Die Nase war jetzt wiederum mit polypoidem Gewebe erfüllt und M. entfernte ein Stückchen zur histologischen Untersuchung. Diese ergab ein Myxosarcom. Es wurde darauf eine radicale Operation mit Erfolg durchgeführt und die Geschwulst vollständig entfernt. Redner erwähnt noch andere ähnliche Fälle aus der Literatur und wirft die Frage auf, ob die maligne Degeneration wohl im Zusammenhange mit den früheren operativen Eingriffen stehen könne.

Lennox Browne, Stoker, Bark und Sandford nahmen an der Discussion theil.

W. Milligan (Manchester) berichtete dann weiter über einen Fall von primärem Epitheliom der Tonsille bei einem 29jähr. Mann. Der Pat. war zuerst geneigt sich einer Operation zu unterziehen, kam aber dann erst spät wieder zu einer Zeit, wo die Verhältnisse bereits weit weniger günstig lagen. Es wurde nun eine umfangreiche Operation vorgenommen — Exstirpation der Zunge und des oberen Theiles des Rachens; der Pat. schien anfangs in gute Reconvalescenz überzugehen, dann aber kam eine secundäre Blutung aus der Carotis, die den Exitus herbeiführte.

Dundas Grant (London) besprach einen Fall von submucöser Blutung am Stimmband und Gefässtumor desselben.

Dundas Grant trug dann über einige Fälle von Kehlkopftumoren vor, die mittelst der endolaryngealen Sicherheitszange entfernt wurden. Das Instrument, das zur Anwendung kam, ist dasselbe, das G. der Gesellschaft früher demonstrirt hat. Operirt wurden: 1. ein Fibropapillom; 2. ein Papillom; 3. und

4. wurden Stücke von 2 Tumoren zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung entfernt; es ergab sich beidemal, dass ein Epitheliom vorlag.

Dundas Grant theilte schliesslich einen Fall von postdiphtheritischer Lähmung der Pterygoidei externi und anderer Kaumuskeln mit.

Lennox Browne (London) veranstaltete eine Demonstration der Durchleuchtung der Highmorshöhle, an der er einige Krankheiten demonstrirte.

Sandford (Cork) hielt dann eine Ansprache als Vorsitzender, in der er sich hauptsächlich mit dem Begriff des „Specialismus“ beschäftigte und einen Rückblick auf das Ergebniss der letzten Tagung gab.

Mayo Collier sprach schliesslich noch über die Chirurgie der Stirnhöhlen. Er begann mit einigen Bemerkungen über die Entwicklung, die Anatomie und Physiologie der Stirnhöhlen und besprach dann die Symptome und die Behandlung des Empyems dieser Höhlen. Auch Lennox Browne, Bark, Grant und Scott erwähnten Fälle zur Illustration dieser Krankheit. Ausser ihnen nahmen noch Milligan, Stoker, Taylor und Hill an der Discussion Theil. Mackenzie-Johnston.

---

c) Intercolonialer medicinischer Congress.

Sydney 1892.

Vorträge von laryngo-rhinologischem Interesse.

(Nach dem officiellen Bericht.)

Vorsitzender: Dr. James W. Barrett (Melbourne).

James W. Barrett (Melbourne) und Percy Webster (Melbourne): Postnasale Geschwülste.

In dem sorgfältig ausgearbeiteten Vortrage, der sich auf ein Material von 200 selbstbeobachteten Fällen stützt, jedoch meistens Allbekanntes bringt, behaupten die Autoren, dass postnasale Geschwülste (adenoide Vegetationen) die Hauptursache von Taubheit „zu allen Perioden des Lebens“ seien. Das Durchschnittsalter, in dem das Leiden begann, ist nach einer Analyse der 200 Fälle $5^1/_2$ Jahr. Bei weitem die meisten Kranken wurden durch Ohrcomplicationen zum Arzte geführt. Die Operationen haben die Autoren in neuerer Zeit fast ausschliesslich mit dem Mittelfinger vorgenommen und eine (durch die Nase eingeführte) Cuvette nur in solchen Fällen angewendet, in denen Vegetationen in die Choanen hineinbingen. In einer Anzahl von Fällen wurde ein allgemeines Anästheticum angewendet, in anderen nicht. Bedrohliche Complicationen haben die Autoren nicht gesehen. Nach der Operation ziehen sie für eine Woche Douchen mit Natron bicarbonicum in Anwendung.

W. F. Quaife (Sydney): Der Einfluss gewisser im Nasenrachenraum vorhandener Verhältnisse auf Krankheiten der Paukenhöhle und andere Leiden benachbarter Organe.

Der Vortrag beschäftigt sich hauptsächlich mit den adenoiden Vegetationen und bringt neben vielem Hypothetischen über die Entstehung dieser Geschwülste eine Beschreibung der diagnostischen und operativen (Zange) Methode des Autors.

J. Lockhart Gibson (Brisbane): Bemerkungen über adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum mit besonderer Beziehung auf die mit ihrer Gegenwart zusammenhängenden Formen von Taubheit.

Dem Vortragenden zufolge sind die durch die adenoiden Vegetationen veranlassten Formen von Taubheit: 1. directe oder indirecte Verstopfung der Tuba Eustachii; 2. periodischer, acuter, perforirender Mittelohrcatarrh; 3. periodischer subacuter Mittelohrcatarrh; 4. chronischer Mittelohrcatarrh. Diese vier Formen werden sorgfältig beschrieben, doch giebt der Autor zu, dass Uebergänge zwischen ihnen vorkommen. Er illustrirt seine Angaben durch einige Krankengeschichten.

An der lebhaften Discussion über obige Vorträge betheiligten sich die Herren: J. W. Barrett (Melbourne), T. K. Hamilton (Adelaide), Hozier (Sydney), Kenny (Melbourne), Nihill (Melbourne), Kenna (Sydney), A. J. Brady (Sydney), Quaife (Sydney) und Gibson (Queensland). Aus derselben geht hervor, dass die adenoiden Vegetationen in Australien ungemein häufig sind. Hinsichtlich der Operationsmethode — Zange, Curette, Fingernagel — und der Anwendung eines allgemeinen Anaestheticums gehen die Meinungen augenscheinlich ebenso auseinander als in Europa.

C. H. Smith Hozier (Sydney): Nasenleiden als causale Factoren bei der Production von Affectionen benachbarter und entfernter Organe.

Der Vortrag erwähnt die Production von Kehlkopf-, Augen- und Ohrenleiden auf Grund von Nasenkrankheiten, den Einfluss nasaler Obstruction auf das Allgemeinbefinden, das nasale Asthma und die nasalen Reflexneurosen im Allgemeinen, illustrirt das Gesagte durch einige selbstbeobachtete Fälle und bespricht die Diagnose und Behandlung.

In der Discussion erwähnte Dr. T. K. Hamilton, dass eine ausserordentlich erfolgreiche Behandlung des paroxysmalen Niesens in der Durchschneidung des Nasennerven, wo derselbe das Septum kreuzt, mittelst des Galvanocauters bestände. — Dr. Gibson beschrieb eine weiche Schwellung an den Seiten des Septums hinten als eine Ursache von Nasenobstruction; er zieht den weichen Gaumen nach vorn, und zerstört die Geschwülste mittelst des Galvanocauters. Die Herren Kenna und Kenny hielten den eben beschriebenen Zustand für einen physiologischen, was von Dr. Brady durchaus bestritten wurde. Er habe postnasalen Catarrh auf die Zerstörung dieser Geschwülste hin verschwinden sehen. Dr. Hozier vertheidigte in seiner Antwort die Anwendung allgemeiner Narkose in einem seiner Fälle, obwohl er gewöhnlich unter Cocain operirt. Er sowohl wie Dr. Brady tamponiren prophylactisch, wenn sie unter allgemeiner Narkose operiren.

A. Austin Lendon (Adelaide): Thyreotomie wegen Kehlkopfpapilloms bei kleinen Kindern.

Der Autor berichtet 4 Fälle aus der Praxis der Herren T. K. Hamilton, Clubbe, Pecks und seiner eigenen im Detail. In seinem eigenen Falle musste die Operation im Ganzen dreimal vorgenommen werden, das Schlussresultat aber war befriedigend. In dem Falle Dr. Clubbe's wurde die Operation bei einem 4jährigen Knaben im Laufe von 3 Jahren siebzehnmal (!!) vorgenommen, ehe die Papillome zu wachsen aufhörten. Als Resultat aller dieser Operationen bildete sich eine Kehlkopfstenose aus, die bis jetzt allen Heilversuchen getrotzt hat, und das Kind athmet gegenwärtig durch einen Trachealsinus. Eine Canüle ist nicht nothwendig, da die Haut den Rändern der Trachealwunde adhärirt. Der kleine Patient kann bei Tage bequem durch die Glottis athmen, wenn der tracheale Sinus mit einem Obturator bedeckt ist, bei Nacht aber entsteht Dyspnoe, wenn der Obturator nicht entfernt wird. Da das Kind „leidlich" sprechen kann, so soll, bis es das Pubertätsalter erreicht, keine weitere Operation vorgenommen werden. — In Dr. Hamilton's Fall, in welchem es sich um ein 17monatliches Mädchen handelte, das gleichzeitig an Papillomen der Oberlippe, der Zungenspitze und der rechten Armbeuge litt, musste die Operation im Laufe eines Jahres dreimal vorgenommen werden. Die Canüle kann trotzdem nicht entbehrt werden und die Sprache ist ein „lautes Flüstern". — Im Perks'schen Falle war die Patientin ein 2jähriges Mädchen, bei welchem die Tracheotomie (nicht Thyreotomie) im Laufe von $2^3/_4$ Monaten dreimal vorgenommen werden musste, weil allen Versuchen, die Canüle zu entfernen, im Laufe weniger Tage neue Dyspnoeanfälle folgten. Vierzehn Tage nach der letzten Operation erlag das bedauernswerthe Kind einem Anfall von Diphtheritis. Bei der Autopsie wurden 2 verhältnissmässig grosse Papillome am linken Stimmband gefunden.

In seinen allgemeinen Bemerkungen bespricht der Autor die Symptome, die Diagnose, die Prognose — einschliesslich der Frage des spontanen Verschwindens dieser Geschwülste, hinsichtlich welcher er ziemlich skeptisch ist — die Thyreotomie, die seiner Ansicht nach eine „beliebige" (indefinite) Anzahl von Malen mit schliesslichem gutem Resultat wiederholt werden kann, und die Frage der Entstehung dieser Geschwülste. Er neigt der Ansicht zu, dass von einem ursprünglichen Papillom aus andere durch Infection entstehen mögen.

Eine Discussion fand nicht statt. (Der Referent kann die Bemerkung nicht unterdrücken, dass ihm die häufige Wiederholung der Thyreotomie bei einem und demselben Patienten durchaus nicht die gleichgültige Sache zu sein scheint, als welche sie anscheinend von manchen Seiten betrachtet wird. Einmal ist die Operation selbst doch nicht so absolut gefahrlos, dass man sie mit leichtem Herzen unternehmen sollte, zum andern dürfte doch sicherlich ihre häufige Wiederholung ipso facto zur Vereitelung des Hauptzwecks: die Wiederherstellung oder Erzielung normaler Sprache — führen, zu dem sie unternommen wird! — Bei jeder neuen Operation wird neues Narbengewebe an der vorderen Stimmbandcommissur gesetzt. Geht das ad infinitum so weiter, so wird damit nicht nur die Stimmbildung als solche beeinträchtigt, sondern schliesslich aller

Wahrscheinlichkeit nach, wie in Dr. Clubbe's Fall, eine operative Kehlkopfstenose erzeugt! — Der Referent ist conservativ genug, in solchen Fällen stets anzurathen, dass bei vorhandener Dyspnoe die einfache Tracheotomie vorgenommen und die Canüle so lange dauernd getragen werden soll, bis das Kind verständig genug ist, intralaryngeale Entfernungsversuche vorzunehmen. Die Thyreotomie liefert wahrlich keine ermuthigenden Resultate, wie dies die eben berichteten Fälle von neuem beweisen.)

James Adam Dick: Ein Fall von parasitärer Pharynxerkrankung.

Ein Fall von Rachenmycose bei einem kräftigen jungen Manne, in welchem das Leiden wahrscheinlich durch den Aspergillus nigrescens bedingt wurde. Die Protuberanzen, welche sich zwischen den Gaumenbögen und in den Tonsillen fanden, und von hornartiger Beschaffenheit waren, variirten in Grösse von 2 bis 3 mm, und waren an ihrer Spitze theilweise tintenschwarz gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung hatte das Vorhandensein eines vegetabilischen Parasiten gezeigt, zwischen dessen Myceliumfäden sich zahlreiche harte Epithelialschuppen befanden. Culturversuche waren nicht vorgenommen worden. Der Vortragende beabsichtigte die Theile zu cürettiren, und eine starke Sublimatlösung eventuell auch den Galvanocauter zu appliciren. — Keine Discussion.

T. K. Hamilton (Adelaide): Hypertrophie der Zungentonsille.

Der Vortrag beabsichtigt augenscheinlich die Zuhörer mit einer ihnen noch wenig bekannten und nicht genug gewürdigten Affection vertraut zu machen. Er zeugt von dem fleissigen Literaturstudium seines Autors, bringt aber neben vielem Thatsächlichen manches noch sehr Hypothetische. Dass Hypertrophie der Zungentonsille die als „Globus" bezeichneten Symptome zu erzeugen im Stande ist, wird gegenwärtig wohl von den meisten Specialisten anerkannt, dass dieselbe aber auch einen dem ,,bellenden Husten der Pubertätsperiode" ähnlichen Husten veranlassen können soll, und vor allen Dingen: dass zwischen ungeeignetem Stimmgebrauch beim Singen und der Hypertrophie der Zungentonsille das von dem Autor gewollte innige Wechselverhältniss bestehen soll, wonach der eine die andere hervorzubringen und zu verschlimmern im Stande ist und umgekehrt, — dürfte noch zu beweisen sein.

Therapeutisch empfiehlt der Vortragende constitutionelle (in rheumatischen Fällen Salol) und locale (galvanocaustische) Behandlung, und urgirt die Wichtigkeit zweckmässiger Stimmübungen.

In der Discussion bestätigte Dr. Brady im Allgemeinen die Ausführungen des Vorredners. Auch er behandelt das Leiden local mit dem Galvanocauter. (Der Referent hat einmal eine schwere Parotitis mit wiederholten Schüttelfrösten und mehrtägiger Temperatur von 40—41° nach galvanocaustischer, durchaus nicht zu energischer Behandlung dieser Hypertrophie gesehen, und kurz darauf von einem anderen Beispiel desselben Ereignisses gehört. Er zieht jetzt fast ausschliesslich die Lugol'sche Lösung in diesen Fällen in Anwendung.)

H. Paynter Slogett: Combinirter Dampfinhalationsapparat, Tympanum-inflator, und Insufflator für die Nase und das Ohr.

Beschreibung des Apparats, der eine Modification und Combination mehrerer im allgemeinen Gebrauche befindlicher einschlägiger Vorrichtungen darzustellen scheint. Eine Demonstration erfolgte nicht, da der Erfinder nicht gegenwärtig war.

Felix Semon.

III. Briefkasten.

J. M. Charcot †.

Die Laryngologie darf das Hinscheiden des grossen französischen Neuropathologen nicht mit Stillschweigen übergehen. Sie dankt ihm die Anregung zum Studium der Kehlkopfstörungen bei der Tabes, das hauptsächlich durch seine Schüler (Féréol, Cherchewsky etc.) begründet worden ist, und ausserdem direct die Kenntniss des Kehlkopfschwindels und der hysterischen Stummheit. Wie in so vielen anderen Gebieten der Medicin, wird auch in der Laryngologie Charcot's Name unsterblich bleiben.

Julius Sommerbrodt †.

Mit aufrichtigem Bedauern bringen wir die Kunde von dem am 14. Juli erfolgten Tode Prof Sommerbrodt's (Breslau). Der Verstorbene, dem die Laryngologie zahlreiche casuistische Beiträge verdankt, hat sich namentlich um die Einführung der systematischen Kreosottherapie bei der Tuberculose verdient gemacht, deren in diesem Blatte wiederholt und mit Anerkennung gedacht worden ist.

Todesfälle an Chloroform bei Operationen in der Nase und am Hals.

Innerhalb zweier Monate bringt das British Med. Journal drei Berichte über Todesfälle an Chloroform bei Operationen die in den Bereich unserer Specialität fallen. Im ersten Falle (Brit Med. Journ. 1. Juli 1893. p. 32) handelte es sich um eine 48jährige Frau, die an einem Dyspnoe verursachenden Kropf litt. Herz und Respirationsorgane waren gesund. Etwa 10 Minuten nach Beginn der Operation erfolgte nach einigen schnellen Athemzügen (schon vorher war, als die Trachea etwas gezerrt wurde, temporär unregelmässige Athmung vorhanden gewesen) plötzlich Respirationsstillstand, und alle denkbaren Belebungsversuche blieben ohne Resultat. — Der zweite Fall, der bedeutendes Aufsehen machte, betraf einen elfjährigen gesunden Knaben, der behufs Entfernung der Tonsillen und adenoider Vegetationen am 19. Juli im London Throat Hospital chloroformirt wurde (B. M. J., Aug. 12 p. 384). Die Operation verlief ohne jeden Zwischenfall bei guter Narcose, und die Aerzte waren im Begriff sich zu entfernen, als Syncope eintrat Belebungsversuche, die ausdauernd 1½ Stunden lang angestellt wurden, blieben erfolglos. Die Autopsie ergab keine Erklärung des Todes. — Im dritten Fall (B. M. J., Aug. 26. p. 488) war die Patientin ein 21jähr. kräftiges Mädchen, das am 9. August wegen einer Crista septi narium, welche Respirationsbeschwerden machte, unter Chloroform operirt wurde. Die Pat. nahm das Anaestheticum schlecht, und gegen Ende der 20 Minuten lang dauernden Operation wurde die Respiration stertorös, das Gesicht cyanotisch, und der Puls setzte aus. Auch in diesem Falle blieben die verschiedensten Belebungsversuche erfolglos. Eine Autopsie wurde nicht gestattet.

Dergleichen Fälle fordern zur Vorsicht auf; daher ihre Mittheilung an dieser Stelle.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. **Berlin, November.** **1893. No. 5.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **L. C. Cline. Die oberen Luftwege und ihr Einfluss auf die Gesundheit. (The upper air-passages and their influence on the race of life.)** *Indiana Med. Journal. April 1893.*

C. weist auf die Bedeutung hin, die das Freihalten der Nasenwege hat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

2) **J. G. Carpenter. Die Beziehungen zwischen oder das gleichzeitige Bestehen von Krankheiten der oberen Luftwege und Erkrankungen des Urogenital- und des Rectal-Tractus. (The relation or coincidence of diseases of the upper air-passage to those of the genito-urinary and rectal organs)** *Med. Mirror. Februar 1893.*

„In den letzten 10 Jahren hat keine Specialität solche Fortschritte gemacht wie die Rhinologie. Diese hat mit der Gynäkologie gleichen Schritt gehalten und die erfolgreiche Behandlung der Patienten, die Besserung der subjectiven und objectiven Symptome hängt von einer genauen und eindringenden Kenntniss beider Specialgebiete ab." W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **O. Chiari. Vibrationen der Schleimhäute der oberen Luftwege. (Vibrations des muqueuses des voies aériennes supérieures.)** *Revue internat. de rhinolog. d'otolog. No. 6. 1893.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Vibrationsmethoden und erklärt dann, dass die Pinselungen und die Vibrationen gleich gute Methoden für die Behandlung der Schleimhäute der oberen Luftwege darstellen; beide wirken auf dieselbe Weise und in gleichem Grade; neu ist an den Vibrationen nur der Name und die Theorie. E. J. MOURE.

4) G. B. Bushee. **Die constitutionelle Behandlung des Catarrhs. (Constitutional treatment of catarrh.)** *Annals of Ophthalm. and Otology. Januar 1893.*

Die constitutionelle Behandlung, die ebenso wichtig ist als die locale, wird noch zu oft vernachlässigt.

In einer Störung der Wärmecentren oder einer Veränderung der Circulationsverhältnisse liegt die fundamentale Ursache von $^{9}/_{10}$ aller Fälle von Catarrh.

Die constitutionelle Therapie umfasst die hygienische, die diätetische, die hydropathische und die medicamentöse Behandlung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) C. C. Rice. **Der Werth der Sprays bei der Behandlung der catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege. (The value of sprays in the treatment of catarrhal affections of the upper air-passages.)** *N. Y. Med. Journal. 21. Jan. 1893.*

Verf. hat nicht die Absicht, von dem Werthe irgend einer besonderen Gruppe von Heilmitteln zu sprechen, er will auch nicht auf eine neue Drogue aufmerksam machen oder die Wirksamkeit der mittelst des Zerstäubers eingeführten Medicamente mit der der verschiedenen anderen localen Behandlungsmethoden in Vergleich stellen, sondern er bespricht nur im Allgemeinen die Principien, die den Spray zu einem so werthvollen Agens machen.

Es ist in diesem Zusammenhange zuerst anzuführen, dass die verschiedenen Derivate des Petroleums, anfangend mit dem festen Vaselin und später die halbfesten und flüssigen Producte, das „flüssige Vaselin", „Albolen", „Benzoinol", „Glymol", „Lanolin" und wie sie alle heissen, die alten Adstringentien völlig aus dem Gebrauche verdrängt haben, ein Wechsel, der sehr dankenswerth ist. Die physiologische Wirkung der einfachen Oelpräparate ist eine unbestimmte. Sie dienen sicherlich als Schutzdecke, sowohl bei hypertrophischer wie bei atrophischer Erkrankung, und in diesem Sinne kann man sie als Sedativa bezeichnen. Sie liefern weiterhin ein nicht reizendes Vehikel für manche medicamentöse Combinationen, wie das Cocain, Jodoform, Aristol, Fichtennadelöl, Menthol, Resorcin, Thymol etc. Verf. glaubt indessen, dass ein zu lange fortgesetzter Gebrauch des Oelsprays in der Nase eine Trockenheit der Oberfläche erzeugt und eine Contraction der erectilen Gewebe, die der Atrophie sehr ähnlich ist. Diese Tendenz zu gesteigerter Trockenheit hat Verf. besonders dann constatirt, wenn diese öligen Medicamente in die mittlere Nase oder in den Nasenrachenraum gesprayt wurden. Die am häufigsten nützliche Methode, den Spray zu gebrauchen, ist nach R.'s Ansicht die, den Spray mit dem spitzen Ende nach oben direct gegen die hintere Wand des Rachens oder des Nasopharynx zu richten. In der Mehrzahl der Fälle von nasaler Erkrankung leistet der Pat. nicht alles, was er für seine Heilung thun kann, bis er gelernt hat, die Spitze des Sprays hinter den weichen Gaumen zu führen, eine Procedur, die er correct erst ausführt, wenn er mit erschlafften Gaumenmuskeln richtig zu athmen versteht. Wenn der vordere Nasenspray in vielleicht 5 Fällen von Nutzen ist, so wirkt der postnasale besser in 100 Fällen. In der hinteren Nase kann man milde Lösungen (0,1—0,2 : 30) von Adstringentien — wie Silber, Kupfer, Zink, Ac. tannicum, Eisensalze — mit

grösserer Sicherheit und mit mehr Nutzen anwenden, als in der vorderen, denn die Reizung, die nothwendigerweise als erster Effect dieses Sprays sich geltend macht, vertheilt sich auf den Nasenrachenraum, der darunter nicht so leidet, und es kommt noch genug von dem adstringirenden Medicament in die eigentlichen Nasenräume, um dort den gewünschten nützlichen Effect zu erzielen.

Die Behandlung der catarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege beschränkt sich jetzt immer mehr auf diejenigen operativen Maassnahmen, die der Fall gerade erfordert, und nachher auf die Application gewisser Droguen in Pulverform oder in Lösung. 90 pCt. aller dieser localen Mittel werden in Form von Sprays gegeben. Die Gruppe der desinficirenden Stimulantien, wie das Listerin, Thymol, Menthol, Eucalyptol, Wintergrünöl etc., reinigt und glättet die trockenen und congestionirten Passagen vom Nasenrachenraum an bis soweit abwärts, als die Medicamente vordringen. Die Verdunstung ihrer flüchtigen Elemente verringert die Congestion wenigstens für eine gewisse Zeit. Verf. betont, dass die Lösungen für den Spray nicht zu kalt sein dürfen und mit nur mässigem Druck eingeführt werden sollen; ein Druck von 15 Pfund genügt für die vordere Nase, 25 Pfund für die hintere Nase und 25—30 für den unteren Pharynx und den Larynx. Die Behandlung der catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege mittelst Application zerstäubter Flüssigkeiten wird in der nächsten Zeit keineswegs abnehmen, andererseits wird sie aber auch die chirurgische Therapie der Nase nicht unnöthig machen. Dagegen ist es wohl möglich, dass die neuen Combinationen von Cocain, Menthol etc., in öligen Vehikeln applicirt, die Zahl der nasalen Operationen, die heute noch indicirt sind, etwas vermindern werden.

LEFFERTS.

6) **D. Lichty. Die Qualität der comprimirten Luft für Sprays und Inhalationen. (The quality of compressed air for sprays and inhalations.)** *Journ. Am. Med. Association. 28. Januar 1893.*

L. hält es für wesentlich, dass man die Luft, die man comprimiren will, von ausserhalb, nicht aus dem Zimmer des Arztes, bezieht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **E. S. Mc Kee. Asthma. (Asthma.)** *Southern Practitioner. Januar 1893.*

Eine Uebersicht über die gebräuchlichen Mittel; nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **Nothnagel** (Wien). **Asthma bronchiale.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1893. No. 6, 7 u. 8.*

Klinische Vorlesung. Nichts Neues.

CHIARI.

9) **O. H. Rosser. Asthma. (Asthma.)** *Times and Register. 22. April 1893.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **Kruse** (Norderney). **Zur Behandlung des Asthma bronchiale.** *Wiener med. Wochenschrift. 1893. No. 22 u. 23.*

K. rühmt, ohne die Erfolge, die man durch chirurgische Mittel (Nasenoperationen), durch innere Medicamente, durch pneumatische Curen etc. erzielt, ir-

gendwie verkleinern zu wollen, den günstigen Einfluss der Seeluft auf dieses Leiden. Unter 56 Fällen wurden 29 vollkommen geheilt und viele sehr gebessert. Die meiste Wirkung hat die feuchte, reine, gleichmässig warme Luft; das Baden ist erst bei völlig beseitigtem Asthma zu gestatten. CHIARI.

11) **Potiquet** (Paris). **Die Krankheit und der Tod Franz II., Königs von Frankreich. (La maladie et la mort de François II., rois de France.)** Paris 1893.

In dem elegant geschriebenen und humorvollen kleinen Büchlein sucht P. zu beweisen, dass Franz II. an adenoiden Vegetationen litt und dass diese, wie so häufig, einen eitrigen Mittelohrcatarrh erzeugten; dieser verursachte dann eine Meningo - Encephalitis, welche den Tod des Königs in seinem 17. Lebensjahre herbeiführte. P. zieht zu seiner Beweisführung die Geschichtsschreiber und die Künstler des 16. Jahrhunderts heran und er versteht es, durch den Werth seiner Argumente den Leser zu überzeugen. MENDEL.

12) **Krieg** (Stuttgart). **Mediastinaltumor.** *Medic. Correspondenzbl. d. württemb. ärztl. Landesvereins. 12. 1893.*

Ein Mediastinaltumor war mit dem Hilus der rechten Lunge und überall mit der Trachea derartig verwachsen, dass er, die hintere Wand der letzteren ersetzend, unter hochgradiger Verengerung geradezu die luftführende Röhre bildete und zwar vom 6. Ring an abwärts bis zur Bifurcation. SEIFERT.

13) **Dundas Grant** (London). **Eine Methode Patienten zur Operation in der Narkose in sitzender Stellung zu fixiren. (Method of fixing patients for operations under anaesthesia in the sitting posture.)** *Journal of Laryngology. Februar 1893.*

Verf. beschreibt, wie man den Pat. auf dem Stuhl befestigt, derart, dass er nicht herabgleiten kann. MACKENZIE JOHNSTON.

14) **Harke** (Hamburg). **Ein neuer Spiegel für Nasenrachenraum und Kehlkopf.** *Centralbl. f. technische Hilfsmittel der Heilkunde. Januar 1893.*

H. hat einen Griff construirt, in welchen verschiedene Spiegelgrössen leicht eingespannt werden können. Als besonderen Vortheil hebt H. die veränderbare Winkelstellung zur Griffaxe wie beim Michel'schen Spiegel hervor.

SEIFERT.

15) **Hicguet. Die Modification der Gottstein'schen Curette. Ein Prioritätsanspruch. (A modified Gottstein's curette — a question of priority.)** *N. Y. Med. Record. 21. Januar 1893.*

H. erhebt Prioritätsansprüche gegenüber Munger. LEFFERTS.

16) **C. E. Munger. Die modificirte Gottstein'sche Curette. (The modified Gottstein's curette.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1893.*

Ein Brief M.'s zur Wahrung seiner Priorität in der Modificirung der Gottstein'schen Curette, der er eine herzförmige Gestalt gegeben hat.

LEFFERTS.

17) **G. Hudson Maknen. Eine Modification der Gottstein'schen Curette. (A modification of Gottstein's curette.)** *Phil. Med. News. 8. April 1893.*

Eine Modification des Griffs, der aus Hartgummi gefertigt ist und am Ende eine Oeffnung trägt, die genau auf Daumen und Zeigefinger passt. Der Operateur ist dadurch in Stand gesetzt, das Instrument vollkommen zu beherrschen, was bei jeder Operation wichtig, doppelt nöthig aber hierbei ist, weil der scharfe Theil des Instrumentes ausserhalb des Gesichtsfeldes liegt und in engster Nähe empfindlicher und zarter Gewebe zu arbeiten hat. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Whitfield Ward. Die Krankheiten der nasalen Organe und des Nasenrachenraums. (Diseases of the nasal organs and naso-pharynx.)** New York and London. G. P. Putnam's Sons. 1891. pp. 165. *N. Y. Medical Journal. 20. Mai 1893.*

Der Autor hat mit seinem Werkchen die Absicht, ein kurzes Compendium der Nasenkrankheiten zu geben, in dem alles, was bloss historischen Werth hat, bei Seite gelassen wird und nur die verschiedenen Behandlungs- und Operationsmethoden, sowie die erforderlichen Instrumente beschrieben werden. Zum besseren Verständniss der Operationen und Instrumente enthält das Büchlein zahlreiche Illustrationen, so dass seine Lektüre ein klares Bild giebt von dem, was Arzt und Patient in jedem Falle brauchen. LEFFERTS.

19) **A. Marmaduke Sheild** (London). **Einige gewöhnliche Nasenaffectionen. (Some common affections of the nose.)** *Practitioner. April 1893.*

Eine Post-graduate lecture, in der sich Verf. kurz mit der hypertrophischen und atrophischen Rhinitis, mit den Nasenpolypen, den Verbieguugen des Septums etc. sowie mit den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dieser Krankheiten befasst. MACKENZIE JOHNSTON.

20) **L. Bull. Die rationelle Behandlung von Hals und Nase. (The rational treatment of the throat and nose.)** *North. American Journal of Homoeopathy. Januar 1893.*

B. giebt 2 Krankengeschichten, welche den Punkt, auf den er hinaus will, illustriren, nämlich die „stricte Individualisirung und ein offenes Auge für die praktisch wichtigen Punkte". Der eine Fall, über den B. berichtet, erforderte keine locale Behandlung, der andere konnte absolut nicht heilen ohne eine solche. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **J. E. Minney. Atropin bei acuter Coryza. (Atropine for acute coryza.)** *Med. Review. 11. Februar 1893.*

Die copiöse wässrige Secretion kann durch die Verabfolgung von 0,0005 bis 0,001 g Atropin 1- oder 2stdl. beschränkt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **Coupard. Coryza. (Coryza.)** *N. Y. Med. Record. 1. April 1893.*

Die Coryza wird durch folgendes Schnupfpulver gebessert, von dem Coupard 5 oder 6 mal am Tage zu nehmen empfiehlt:

Cocain. hydrochlor.	0,15
Menthol	0,25
Acid. boric.	2,00
Fein gepulverter Caffee . . .	0,50.

LEFFERTS.

23) **L. Polyák** (Budapest). **Ueber eine noch nicht beschriebene Form der Coryza professionalis.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 1.*

P. führt hochgradige Reizerscheinungen der Nasenschleimhaut bei einer mit tertiärer Lues der Nase behafteten Patientin auf die Einwirkung von Broncestaub zurück. Der Broncestaub besteht aus Kupfer-, Zink- und Zinnstaub. Die in der Nase sich bildenden Chlorverbindungen des Kupfers und Zinks sollen die Reizwirkung ausüben. Der Fall heilte auf Jodkalium. LANDGRAF.

24) **Pierce. Acute Rhinitis. (Acute Rhinitis.)** *N. Y. Medical Record. 1. Juli 1893.*

Zur Linderung der acuten heftigen Beschwerden giebt P. Cocain und Tct. Belladonnae in 3—5proc. Lösung auf Watte geträufelt. LEFFERTS.

25) **Roth** (Wien). **Rhinologische Mittheilungen. I. Hypertrophien der Nasenschleimhaut.** *Wiener med. Presse. 1893. No. 10 u. 11.*

Diese mehr für praktische Aerzte berechneten Mittheilungen enthalten viele praktische Winke. Hervorheben will ich nur folgendes: Eine Hypertrophie der unteren Muschel bestand aus vielen Bläschen, die sich als Schleimdrüsencystchen erwiesen. Die Wucherungen an der unteren Fläche der unteren Muschel sind besonders störend für die Nasenathmung, woraus R. den Schluss zieht, dass die ruhige Nasenathmung nur durch den unteren Nasengang vor sich geht. Für die Operation circumscripter Hypertrophien verwendet R. mit Vorliebe die kalte Schlinge und tamponirt sofort nach der Exstirpation. Doch bedient er sich auch der Galvanocaustik, der Chromsäure und der Trichloressigsäure zu Aetzungen.

CHIARI.

26) **C. E. Teets. Behandlung der hypertrophischen Rhinitis. (Treatment of hypertrophic rhinitis.)** *North. American Journal of Homoeopathy. Februar 1893.*

Bei chronischen Fällen nützen nur chirurgische Massregeln. T. erwähnt ein neues Mittel für die acute hypertrophische Rhinitis, nämlich die Passiflora Incarnata oder Passion Flower. Indicationen für die Anwendung dieses Mittels sind Schmerz an der Nasenwurzel, vollständige Verstopfung einer oder beider Nasenhälften, geringer aber dicker Ausfluss, Schlaflosigkeit. Als Dosis giebt T. 3 bis 5 Tropfen der Tinctur an. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Tissier. Zustand der Nase beim Typhus. (Etat du nez dans la fièvre typhoide.)** *Annales des malad. de l'oreille et du larynx. No. 2. 1893.*

Nach T.'s Beobachtungen würden sich Trockenheit und ein Zustand von Anämie und Schlaffheit während des Stadium incrementi und acmes finden; die Wiederkehr der Secretion und der Gefässfüllung würde das Nahen der Reconvalescenz anzeigen. Ferner kommen oberflächliche Erosionen an den vorderen Partien der Nasenscheidewand vor, welche die anatomische Grundlage für das beim Typhus häufige Nasenbluten bilden. E. J. MOURE.

28) **Paul Rangé** (Challes). **Ueber chronischen Nasenkatarrh. (A propos du coryza chronique.)** *Bullet. méd. 31. Mai 1892.*

Nach R.'s Ansicht ist die Bezeichnung „chronischer Nasencatarrh" eine missbräuchliche, da die so bezeichneten Affectionen nichts von einer wahren Entzündung an sich haben. Die Ozäna ist ein atrophischer Process von noch wenig bekannter Ursache und die allgemein als hypertrophischer Catarrh bezeichnete Krankheit besteht aus eigenthümlichen Neoplasien, für die die Benennung diffuses Myxangiom der unteren Nasenmuschel besser passen würde. Verf. schlägt demnach vor, die Bezeichnung chronischer Nasencatarrh für die bei Erwachsenen oder bei scrophulösen Kindern beobachteten Fälle zu reserviren, deren einfache Symptomatologie aus pathologisch vermehrter Nasensecretion und aus einer Congestion und einem gleichmässigen Geschwollensein der Schleimhaut besteht. LUC.

29) **J. B. Ball** (London). **Chronische eitrige Nasensecretion bei Kindern. (Chronic purulent nasal discharge in children.)** *British Medical Journal. May 20. 1893. Med. Press. 21. Juni 1893.*

Am 5. Mai 1893 hielt Ball vor der West London Medico-Chirurgical Society einen Vortrag über 50 auf einander folgende Fälle von chronischer Entleerung von Eiter oder Krustenbildung in einem oder beiden Nasenlöchern bei Kindern unter 15 Jahren, die unter seine Beobachtung gekommen waren. In 27 Fällen handelte es sich um chronische eitrige Rhinitis, und von diesen 27 Patienten waren 23 mit adenoiden Vegetationen behaftet, welche der Autor demgemäss als die hauptsächlichste producirende Veranlassung zu eitriger Nasensecretion bei Kindern ansieht. In 9 Fällen war hereditäre Syphilis, in 8 einfach Ozaena, in 4 Fremdkörper oder Rhinolithen und in 2 Empyem des Antrums vorhanden. Die Diagnose und Behandlung der verschiedenen Klassen von Fällen wurde kurz besprochen. SEMON.

30) **F. A. Morrison. Croupöse Rhinitis. (Croupous rhinitis.)** *Med. Fortnightly. 15. Mai 1893.*

Der Fall betrifft ein Kind von 18 Monaten, das schliesslich an Meningitis zu Grunde ging. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Abel** (Greifswald). **Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 15. Münch. Med. Wochenschr. No. 9. 1893.*

Abel fand in einem Falle nicht die gesuchten Diphtheriebacillen, sondern Pneumococcen von sehr geringer Virulenz in ausserordentlicher Menge.

LANDGRAF.

32) **Abel. Die Aetiologie der fibrinösen Rhinitis. (The etiology of fibrinous rhinitis.)** *Phil. Med. News. 20. Mai 1893.*

A. berichtet über einen Fall von fibrinöser Rhinitis, in dem es trotz sorgfältiger mikroskopischer und cultureller Untersuchung nicht gelang, Diphtheriebacillen in der Membran nachzuweisen. Dagegen fanden sich Pneumococcen von geringer Virulenz in grosser Menge; gegen das Ende der Krankheit verschwanden dieselben.

LEFFERTS.

33) **A. C. Abbott. Die Aetiologie der membranösen Rhinitis (Rhinitis fibrinosa). (The etiology of membranous rhinitis [rhinitis fibrinosa].)** *Phil. Med. News. 13. Mai 1893.*

Eine werthvolle und interessante Arbeit, in der Verf. zu dem Resultate kommt, dass ein guter Theil der Fälle von dieser relativ seltenen Krankheit diphtherischen Charakters ist und dass sich öfters Diphtheritisbacillen mit voller Virulenz aus denselben züchten lassen.

LEFFERTS.

34) **P. Masucci** (Neapel). **Beitrag zur Rhinitis pseudomembranacea. (Contributo alla rinite pseudomembranacea.)** *Arch. it. di Pediatria. 1893. No. 2.*

Als Rhinitis pseudomembranacea sollen diejenigen Fälle bezeichnet werden, in welchen man keine Loeffler'schen Bacillen in den Membranen findet, im Gegensatz zu den Fällen von echter Nasendiphtherie. Derselbe Unterschied soll auch für die analogen Pharynx- und Larynxerkrankungen gelten. Der angloschottische, blos symptomatische Ausdruck „Croup" soll aus der medicinischen Terminologie verbannt werden.

TOTI.

35) **Woldemar Nikitine. Ozaena. (De l'ozène.)** *Archives internat. de laryngolog. 1893. No. 1.*

Verf. giebt zuerst einen Ueberblick über die verschiedenen Theorien der Ozaena und kommt zu dem Schluss, dass bisher die Autoren noch keine feste Anschauung von der Natur der Erkrankung und von der Art der Entstehung des fötiden Geruchs gewonnen haben. Verf. bespricht dann die Complicationen und die verschiedenen Symptome der Krankheit und behandelt schliesslich die verschiedenen therapeutischen Methoden, die zur Zeit angewandt werden.

E. J. MOURE.

36) **Haring** (Manchester). **Ozaena. (Ozaena.)** *British Medical Journal. 8. April 1893.*

Discussion über einige Punkte bezüglich der Behandlung dieser Krankheit aus der Manchester Clinical Society. Etwas Neues wurde nicht vorgebracht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

37) **Abel. Bakterienbefunde bei Ozaena.** *Münchener med. Woch. No. 9. 1893. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 15.*

A. fand regelmässig einen Bacillus, der dem Friedländer'schen Pneumobacillus ähnlich, aber doch von ihm verschieden ist; wahrscheinlich ist er identisch mit dem von Löwenberg gefundenen; den Fötor scheint er nicht hervorzurufen. SCHECH.

38) **J. Knott** (Dublin). **Subjective Ozaena. (Subjective Ozaena.)** *Dublin Journ. of Med. Sciences. April 1893.*

Eine Beschreibung mehrerer Fälle der Affection, die die meisten Autoren richtiger als Kakosmie bezeichnen. Der eine Fall wurde mittelst der Hypnose geheilt, zwei waren gichtischen Ursprungs und heilten nach einer constitutionellen Therapie, ein anderer wurde mit Nerven-Tonicis und dem constanten Strom behandelt. Die Discussion, zu der Falkoner, Dayle, Hayes und Tweedy sprachen, förderte nichts Bemerkenswerthes zu Tage. P. MC BRIDE.

39) **John Knott** (Dublin). **Subjective Ozaena. (Subjective Ozaena.)** *Medical Press. 12. April 1893.*

In dieser Arbeit, die in der Royal Academy of Medicine in Ireland zur Verlesung kam, beschreibt der Verf. eingehend 4 Fälle, in denen die Patienten an der Hallucination eines störenden Geruches aus der Nase litten, während sich eine locale Veränderung oder eine Ursache für diese Einbildung nicht nachweisen liess. Die Behandlung, die sich hauptsächlich auf Hebung des allgemeinen Gesundheitszustandes und des Nervensystems richtete, erzielte befriedigende Resultate. MACKENZIE-JOHNSTON.

40) **M. D. Lederman. Behandlung der Rhinitis atrophicans. (Treatment of atrophic rhinitis.)** *Annals Ophthalm. and Otology. Januar 1893.*

L. empfiehlt einen Spray von Europhen (3 g) in 30 g Benzoinol und nach diesem in ganz chronischen Fällen eine Einstäubung von reinem Europhen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Lederman. Rhinitis atrophicans. (Atrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Record. 13. Mai 1893.*

Rp. Thymol . . . 0,1.
Glycerin
Alkohol . . . $\widehat{aa}$ 6,0.
Aq. destill. $\widehat{aa}$ 30,0.

Als Spray zu verwenden. LEFFERTS.

42) **W. Robertson** (Newcastle). **Zur Behandlung der Ozaena und recidivirender Nasenpolypen durch Eröffnung und Drainirung der Highmorshöhle. (On the treatment of ozaena and recurrent nasal polypi by opening and draining Highmore's antrum.)** *Lancet. 29. April 1893.*

Verf. berichtet über 4 Fälle aus seiner Praxis und setzt mit einer gewissen Ausführlichkeit seine Anschauungen über die enge Beziehung zwischen Erkran-

kung der Highmorshöhle und intranasaler Erkrankung auseinander. Seine Bemerkungen lassen sich dahin zusammenfassen:

1) Klinische und Sectionserfahrungen beweisen, dass die Erkrankung des Antrum häufiger ist, als man gewöhnlich annimmt.

2) Bei der Ozaena erstreckt sich der Krankheitsprocess auch auf das Antrum, wo er eine Stenose des Ostium maxillare erzeugt; es ist deshalb ein chirurgisches Eingreifen erforderlich.

3) In Fällen von alten recidivirenden Nasenpolypen kann das Antrum fast mit Sicherheit als mitbetheiligt angesehen werden.

4) In einer gewissen Anzahl von Fällen von Empyem der Highmorshöhle wird die mittlere Nasenmuschel der Sitz einer eigenthümlichen Form von Entzündung, indem sich ihre Knochenbalken auseinanderweiten und ausgefüllt werden mit einem blassen Granulationsgewebe. MACKENZIE-JOHNSTON.

43) W. H. Daly. **Eine klinische Studie über den Rotz beim Pferde mit specieller Bezugnahme auf ihre Erscheinungsformen auf der Nasenschleimhaut, ihre Prophylaxe und ihre Behandlung. (A clinical study of glanders in the horse with special reference to its manifestations upon the mucous tissues of the nose with prophylaxis and treatment.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1893.*

Daly giebt eine sehr interessante Krankengeschichte von seinem Fall; dieselbe ist jedoch zu lang, als dass wir sie hier wiedergeben könnten. Behandelt wurde das Pferd mit Arsen, Eisen und Chinin in grossen Dosen, berechnet auf ein Gewicht von 12—13 Hundert Pfund Mensch; nach einer Woche etwa liessen die Nasenrachenraumsymptome nach und der Ausfluss wurde mehr eitrig. Das Thier schien sich besser zu befinden und das Fell, das nicht starr, auch nicht rauh, sondern nur matt geworden war, sah besser aus und gewann wieder einigen Glanz; die Augen, die ein Paar Tage ganz trüb gewesen waren, wurden heller.

Darauf wurde das Thier getödtet; die Autopsie ergab ausgedehnte Schankergeschwüre der Nasenschleimhaut von der Grösse eines 10-Centstückes bis zu der eines Silberdollars. Die Knochen der Nase waren entblösst, indess am Grunde und an den Rändern einzelner Geschwüre hatte offenbar eine Heilung bereits begonnen.

Der wichtigste Punkt bei dieser Krankheit ist, sie in ihren frühesten Symptomen zu erkennen. Dies ist ausserordentlich schwierig, da die ersten Erscheinungen so verborgen sind. D. sagt jedoch; „Wo ein Thier bestimmt dem Contagium ausgesetzt gewesen ist, da soll man es ganz besonders gut pflegen und die peinlichste Sauberkeit walten lassen; kommt dann später doch ein dauernder, aber sehr geringer Ausfluss aus einem oder beiden Nasenlöchern zu Stande und dann gar ein Paar kleine Lymphknötchen von Kaffeebohnen- bis Kleinnussgrösse, so ist die Diagnose gar nicht zu verfehlen. Es sind dies die sogenannten Wurmknospen (Farcy buds), die jeder sofort wiedererkennt, der sie einmal gefühlt hat. Kommt dann noch ein leichtes Fieber hinzu, so gebe man dem Thiere gute

tonische Mittel und isolire es, doch liegt kein Grund vor, es ohne weiteres abzutödten."
LEFFERTS.

44) **Roth** (Wien). **Die habituellen Nasenblutungen.** *Wiener med. Presse. 1893. No. 23 u. 24.*

Artikel für practische Aerzte. Nichts Neues. Mit Recht räth er bei den Excoriationen die Aetzung an.
CHIARI.

45) **J. H. Egbert. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *American Med. Journal. December 1892.*

Nichts Neues.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **Redactionelle Notiz. Antipyrin bei Nasenbluten. (Antipyrin in epistaxis.)** *Journ. Am. Med. Association. 29. April 1893.*

Eine 10procentige Lösung kann in die Nase aufgeschnupft oder irrigirt oder auf einem Wattebausch eingebracht werden; oder man bläst das Mittel in Gestalt eines feinen Pulvers ein. Es bilden sich nicht, wie nach dem Gebrauch eisenhaltiger Styptica, theerähnliche Gerinnsel.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **J. K. Spender** (Bath). **Ueber die sofortige Stillung von Blutungen aus der Nase. (On the immediate arrest of haemorrhage from the nose.)** *Brit. Med. Journal. 1. April 1893.*

Eine klinische Besprechung der verschiedenen Instrumente zur Stillung von Nasenblutungen. Sp. empfiehlt besonders eine Art Beutel, der eingeführt und dann aufgeblasen wird.
MACKENZIE-JOHNSTON.

48) **Malbec. Nasenbluten aus den Thränenpunkten. (Epistaxis by way of the lacrymal puncta.)** *N. Y. Med. Journ. 1. April 1893.*

M. berichtet über einen Fall von Nasenbluten, in dem nach dem Tamponiren der Nase die Blutung aus den Thränenpunkten heraus weiter erfolgte. M. fügt hinzu, dass ein solches Vorkommniss, wenn es auch selten beobachtet sei, die Unwirksamkeit der verschiedenen Klappen, deren Existenz man in den Thränenwegen beschrieben habe, beweise.
LEFFERTS.

49) **H. M. Duhamel. Beitrag zur Behandlung des Nasenblutens. (Contribution au traitement de l'epistaxis.)** *L'Union médicale de Canada. April 1893.*

Das Nasenbluten ist stets verursacht durch eine Läsion einer der kleinen Arterien der vorderen Partie der Nasenscheidewand und es ist wohl zu beachten, dass beide Nasenlöcher zu gleicher Zeit fliessen können, während nur die eine Seite des Septums erkrankt zu sein braucht.

Hat man die blutende Stelle gefunden, so legt man 3 oder 4 kleine Tampons auf die lädirte Partie und sehr zweckmässig ist es, den ersten Tampon mit 5 oder 6 Tropfen einer 20proc. Cocainlösung zu tränken. Dann fährt man mit einer Sonde auf die eine Argentum nitricum-Perle aufgeschmolzen ist, leicht über die blutende Stelle weg: dadurch schafft man einen künstlichen Schorf und bringt die Blutung definitiv zum Stehen.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **A. Dionisio** (Turin). **Beitrag zur Casuistik der Nasentuberculose. (Contributo alla casuistica della tubercolosi nasale.)** *Giorn. dell' Acc. di Med. di Torino. 1893. No. 2.*

An anderer Stelle im Jahre 1892 publicirt und bereits referirt. TOTI.

51) **W. A. Dunn. Syphilitische Erkrankungen in Nase und Hals. (Syphilitic diseases of nose and throat.)** *The Clinic. 15. Mai 1893.*

Klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **Tissier. Secundäre Erscheinungen in der Nasenhöhle bei erworbener Syphilis. (Accidents secondaires des fosses nasales dans la syphilis acquise.** *Annales des mal. de l'oreille. 1893. No. 2.*

Verf. giebt eine Beschreibung der secundären Syphilis der Nase, die er eintheilt in Veränderungen am Orificium und im Vestibulum narium und in solche der eigentlichen Nasenhöhle, die sich zuerst als erythematöse Zustände geltend machen, um dann zu ulceriren. Der Verfasser empfiehlt eine allgemeine Behandlung und locale Einblasungen von Aristol, Argentum nitricum oder ähnl.

E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

53) **C. Berens. Anomalien der Uvula. (Anomalies of the uvula.)** *Med. Bull. Mai 1893.*

Unter 3000 Personen, bei denen der Hals untersucht wurde, fanden sich 84, bei denen das Zäpfchen eine Anomalie zeigte und zwar: vollständige Ablösung 2 mal, wurmähnliche Gliederung 8 mal, ein überzähliges Zäpfchen 4 mal, tiefer Spalt 14 mal, Verwachsungen 2 mal, Fehlen der normalen Adhäsionen 2 mal, in Form eines Fischschwanzes 39 mal, pendelartig 2 mal, hypertrophirt 11 mal.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

54) **F. Huber. Ein äusserst ungewöhnlicher Fall von Uvulitis. (A unique case of uvulitis.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1893.*

Der Pat., ein 10 Monate altes Kind, war bis vor etwa 2 Stunden ganz munter, dann begann es zu husten; die Anfälle wiederholten sich alle Paar Secunden unter Erbrechen. In der letzten halben Stunde zeigte sich nach einem besonders schweren Hustenstoss eine kleine rothe Masse zwischen den Lippen des Kindes; das Schlucken war erschwert und das Kind verfiel sichtlich.

Die Uvula war verlängert, geröthet und ödematös. Man punctirte sie an mehreren Stellen und gab dem Kinde Kali chloricum und kleine Dosen Opium. Am nächsten Morgen war die Uvula etwas weniger geschwollen und ödematös, aber an ihrer hinteren unteren Fläche sah man eine kleine diphtheritische Membran. — Entzündliche Affectionen der Uvula ohne Betheiligung des Rachens oder anderer benachbarter Theile sind sehr ungewöhnlich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Clinton Wagner. Papillomatöse Geschwülste der Gaumenbögen und des Zäpfchens. (Papillomatous growths of the palatal arches and uvula.)** *N. Y. Med. Journal. 25. Februar 1893.*

W. berichtet über 3 Fälle; er sagt, dass papillomatöse Geschwülste der Gaumenbögen und des Zäpfchens nicht selten übersehen werden bei einer unaufmerksamen oder zu schnellen Untersuchung des Halses. LEFFERTS.

56) **Wm. C. Braislin. Otitis media purulenta im Anschluss an die Amputation der Uvula. (Otitis media purulenta following amputation of the uvula.)** *N. Y. Med. Journal. 4. März 1893.*

Verf. publicirt diesen Fall von Otitis media, der zweifellos tuberculöser Natur war, nicht wegen der Tuberculose, sondern weil die Otitis im Zusammenhang zu stehen schien mit einer Affection des Halses, die einen chirurgischen Eingriff erfordert hatte. B. möchte die Frage anregen, ob es möglich ist, dass ein chirurgisches Vorgehen im Halse einen directen Einfluss auf die Aetiologie eitriger Entzündungen der Paukenhöhle haben kann.

Das Gefühl von Wundsein und Schmerz, das der Amputation der Uvula unmittelbar folgt, ist recht erheblich. Dieser Schmerz führt unwillkürlich zur Unterdrückung der starken Contractionen des Levator palati, die sonst während des Hustenactes stattfinden, ähnlich wie man die Musculatur des Diaphragma schont in Anfällen von Peritonitis. Ferner lässt die Amputation des Zäpfchens zweifellos die ausgehusteten Sputa leichter in den Pharynx und von hier in die Oeffnungen der Eustachi'schen Tuben gelangen. Es ist möglich, dass auf diese Weise eine Infection des Mittelohres in B.'s Falle zu stande kam. Der Ausbruch der Ohrerkrankung so unmittelbar nach der Amputation der Uvula macht einen causalen Zusammenhang zwischen beiden in hohem Grade wahrscheinlich.

LEFFERTS.

57) **J. C. Lockwood. Ein Fall von einseitigem Abscess der Zunge. (Case of unilateral abscess of the tongue.)** *Maritime Med. News. Februar 1893.*

Der Pat. war ein junger Mann von 19 Jahren, eine Ursache für seine Erkrankung war nicht ersichtlich. Der Abscess eröffnete sich spontan.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **J. H. Westmore. Ein Fall von acuter circumscripter Hemiglossitis mit Eiterung. (A case of acute circumscribed hemiglossitis with suppuration.)** *Montreal Med. Journal. Mai 1893.*

Der Fall ist interessant wegen seiner Seltenheit; eine Ursache liess sich nicht ausfindig machen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **Allen M'Culloch** (Jarporley). **Idiopathische Entzündung der Zunge. (Idiopathic inflammation of the tongue.)** *Brit. Med. Journal. 25. März 1893.*

Im Jahre 1890 berichtete der Verf. über einen Fall von dieser Erkrankung. Vor Kurzem wurde er zu demselben Pat. gerufen, der wieder eine ganz ähnliche Affection hatte; dieselbe besserte sich nach Anwendung von feuchten Schröpfköpfen, Jodkali und einem Purgans. MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **Faisans. Die opalescirende Zunge bei Influenza. (The opaline tongue of influenza.)** *N. Y. Med. Journal. 17. Juni 1893.*

F. glaubt, dass man durch die Untersuchung der Zunge allein die oft recht schwierige Frage entscheiden könne, ob es sich in einem vorliegenden Falle um Influenza handele oder nicht. Er beschreibt die Zunge bei der Grippe als normal nach Form und Grösse; meist feucht, wofern nicht eine entzündliche Complication vorhanden ist oder bevorsteht; glatt, selbst die Papillen nicht hervorstehend. „Aber das Hauptcharacteristicum der Zunge, das ist ihre Farbe: die Zunge opalescirt. Diese opale Färbung ist manchmal gleichmässig verbreitet über die ganze Zungenoberfläche; in anderen Fällen ist die Mitte und die Basis opal, der Rand und die Spitze dagegen sind bedeckt mit einzelnen runden opalen oder hellrothen Flecken. Dieses pathognomonische Aussehen der Zunge ist oft vom ersten Beginn der Krankheit an zu constatiren und es kann nach der Heilung noch kürzere oder längere Zeit bestehen bleiben. Purgantien oder Emetica ändern dies Symptom nicht in irgend erheblicher Weise." LEFFERTS.

61) . . . **Schwarze Zunge. (Black tongue.)** *Lancet. 25. März 1893.*

Eine redactionelle Bemerkung über eine Arbeit von Ciaglinski und Hewelke (in der Chronika Lekarska), in der ein Fall von schwarzer Zunge geschildert wird, in welchem die Verff. eine besondere Form von Zellen mit schwarzem Pigment entdeckten. MACKENZIE-JOHNSTON.

62) **„Ignoramus". Varicöse Venen an der Zungenwurzel. (Varicose veins at the root of the tongue.)** *Lancet. 7. Januar 1893.*

63) **Lennox Browne** (London). **Do.** *Lancet. 21. Januar 1893.*

Frage und Antwort betreffend die Varicen an der Zungenwurzel.

MACKENZIE-JOHNSTON.

64) **Callingworth** (London). **Ein Fall von Tracheotomie bei einem 3 Tage alten Kind. (A case of tracheotomy in an infant three days old.)** *Lancet. 28. Januar 1893.*

Die Operation musste an dem Kinde vorgenommen werden wegen hochgradiger inspiratorischer Dyspnoe; bei der Section ergab sich als Ursache dieser eine kurze, missgebildete Zunge, die nach hinten auf die Epiglottis gefallen war.

MACKENZIE-JOHNSTON.

65) **W. C. Townes. Schanker der Zunge. (Chancre of the tongue.)** *University Med. Magazine. März 1893.*

Der Pat. hatte ein Geschwür auf dem Zungenrücken und ein anderes am linken Stimmbande. Zum Zwecke der Diagnose wurden ihm 150 ccm einer gesättigten Jodkalilösung verordnet; der Pat. kam nach 8 Tagen wieder und gab an, dass er die ganze Quantität genommen habe, davon 39 g in den letzten beiden Tagen. Es bestand kein Symptom einer Vergiftung, ausser ganz leichter Salivation; das Aussehen der Zunge aber und des Stimmbandes war unverändert.

H. C. Wood sagt: In allen Fällen von zweifelhafter Diagnose soll man die

therapeutische Probe machen, und wenn 3,5 Jodkali p. die keinen Jodismus verursachen, kann man den Pat. als syphilitisch ansehen. (?? Red.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Marcus Eustace** (Guetta). **Drei Fälle von venerischer Erkrankung. (Three cases of veneral diseases.)** *Brit. Med. Journal. 22. April 1893.*

Krankengeschichte von drei Fällen:

1. Phagedaenisches Geschwür der Zunge.
2. Harter Schanker der Zunge.
3. Schanker der Oberlippe, ein Epitheliom vortäuschend.

MACKENZIE-JOHNSTON.

67) **W. Robertson** (Newcastle). **Geschwür der Zunge. (Ulcer of the tongue.)** *Lancet. 24. Juni 1893.*

Der Pat., ein 40jähriger Mann, litt seit mehreren Jahren an einem grossen und sehr schmerzhaften Geschwür der Zunge. Dasselbe war in manchen Beziehungen suspect und hätte wohl als malignes gelten können, aber die Anamnese sprach zu klar für Syphilis. Die Therapie, die R. einschlug, bestand darin, dass er das Geschwür gründlich mit der Curette auskratzte und dann nach Application einer starken Cocainlösung mit dem Galvanokauter ätzte. Der Schmerz war sofort beseitigt; das Geschwür bedeckte sich auch mit gesunden Granulationen und heilte bald unter der eingeleiteten antisyphilitischen Behandlung.

MACKENZIE-JOHNSTON.

68) **Leah** (Devonport). **Ein Fall von Makroglossie. (Case of makroglossia.)** *Brit. Med. Journal. 18. März 1893.*

Der Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, der wegen Hypertrophie der Zunge operirt wurde. In frühester Jugend hatte der Kleine eine Ranula und später mehrere Attaken von Entzündung der Zunge gehabt, wodurch allmälig eine solche Vergrösserung der Zunge zu Stande kam, dass eine partielle operative Entfernung nöthig wurde.

MACKENZIE-JOHNSTON.

69) **J. Dahl** (Kopenhagen). **Ein Fall von Makroglossie, mikroskopisch untersucht.** *Nord. med. Archiv. 1893. No. 2.* (Separatabdruck.)

4 Jahre alter Knabe von Stirps sana (? R.). Die Zunge des Kindes soll bei der Geburt dicker als gewöhnlich gewesen sein. Als der Knabe 10 Monate alt war, wurden Blasen unter der Zunge bemerkt; ein paar Monate später fing die Zunge an, sich sichtlich zu vergrössern und im November 1891 schwoll sie plötzlich im Laufe von 24 Stunden so sehr an, dass sie doppelt so gross war, wie jetzt bei der Aufnahme im Hospital. Jetzt hängt sie mit etwa zwei Drittel ihrer Länge aus dem Munde heraus. Die Partie, die über die Lippen herausragt, ist 7 ctm lang, 6 ctm breit und 4 ctm dick, von natürlicher Färbung, trocken, auf der Oberfläche mit Schuppen bedeckt. Am 2. September amputirte Dr. Bloch den vorderen freien Theil mit der Scheere. Das amputirte Stück wog 54 g. Mikroskopisch wurden überall Hohlräume von verschiedener Form und Grösse gefunden; alle mehr oder weniger vollständig mit Endothelzellen ausgekleidet. Ein Theil der Hohlräume war vollständig mit rothen Blutkörperchen gefüllt, weshalb

der Verf. sie für kleine dilatirte Venen und Blutcapillaren anspricht. Die Mehrzahl der Hohlräume bestand aus erweiterten Lymphgefässen. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet: Haemo-lymphangiectasia anastomotica linguae. Die interessante Arbeit ist mit guten Illustrationen versehen.

SCHMIEGELOW.

70) **Preuss** (Berlin). **Zur Pathologie der Zunge.** *Centralblatt für Chirurgie. 9. 1893.*

1. Ein Tumor des Frenulum linguae beim Säugling. Eine flach-knopfförmige Excrescenz am Zungenbändchen, einer breiten Warze nicht unähnlich, bei einem 9 Monate alten Kinde. Exstirpation. Art der Geschwulst nicht näher festzustellen, jedenfalls aber eine gutartige.

2. Ein Fall von Glossitis superficialis chronica bei einer 43jährigen Frau. Sehr heftige Beschwerden. 3 mal tägliche Spülungen mit Heidelbeerdekokt brachten Heilung.

SEIFERT.

71) **Landerer** (Leipzig). **Faustgrosses Angiom der Zunge; Operation, Heilung.** Festschr. f. F. v. Esmarch. Kiel 1893. Lipsius & Teicher.

Ein 51 jähriger Mann leidet an einer Gefässgeschwulst der Zunge, ausgehend vom linken Zungenrande. Erst musste die Tracheotomie gemacht werden, durch eine zweite Operation: elastische Ligatur, Spaltung der Wange, Ausbrennen mit dem Paquelin, — gelang es die Geschwulst zu entfernen.

SEIFERT

72) **E. Draispul** (St. Petersburg). **Ein Fall von Epitheliom der Zunge erfolgreich behandelt mittelst Electrolyse. (A case of epithelioma of the tongue successfully treated by electrolysis.)** *Journal of Laryngology. Februar 1893.*

Krankengeschichte des Falles.

MACKENZIE JOHNSTON.

73) **J. E. Nichols. Klinischer Bericht über einen Fall von Epitheliom der Zunge, der mit Methylenblau behandelt wurde. (Clinical notes on a case of epithelioma of the tongue treated by methylblue.)** *Annals of Ophthalm. and Otolog. Januar 1893. N. Y. Med. Record. 7. Januar 1893.*

Der Pat., ein 50jähriger Mann, heilte nach 6monatlicher Behandlung und das Aussehen seiner Zunge ist jetzt vollständig normal.

Die interessantesten Punkte an dem Falle sind:

1. Eine stärkere Lösung als 25 pCt. ist (soweit aus dem Bericht ersichtlich) niemals für die locale Application verwandt worden.

2. Das Mittel wurde sehr schnell in sämmtliche Gewebe aufgenommen, wie die Haut und Schleimhaut zeigte und der Tumor selbst, der bis in die Tiefe mit der Farbe imprägnirt war.

3. Trotz dieser Färbung der Gewebe, und trotzdem das Blau auch durch den Urin ausgeschieden wurde, bestand in keinem Augenblick ein Zeichen renaler Reizung oder Erkrankung.

4. Die Diagnose ist anfechtbar, obgleich N. den Tumor für ein zweifelloses Epitheliom erklärt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **Sachs** (Mühlhausen i. E.). **69 Fälle von Zungencarcinom.** *Arch. f. klinische Chirurgie. 45. Bd. 4. Heft. 1893.*

Ausführliche Besprechung von 69 auf der Kocher'schen Klinik beobachteten und grösstentheils operirten Fällen. Die überwiegende Mehrzahl gehörte dem männlichen Geschlecht an, nämlich 66; das Durchschnittsalter betrug 53 Jahre; hereditäre Verhältnisse liessen sich in 4 Fällen mit Sicherheit nachweisen. Die klinischen Erscheinungen und die chirurgische Therapie werden ausführlich besprochen. SEIFERT.

75) **William F. Haslam** (Birmingham). **Ueber den Werth der Unterbindung der Lingualarterien bei der Behandlung maligner Erkrankungen der Zunge. (On the value of ligature of the lingual arteries in the treatment of malignant disease of the tongue.)** *Birmingham Med. Rev. April 1893.*

In dem in der Midland Med. Society gehaltenen Vortrage empfiehlt H. die Ligatur als ein Palliativmittel, weil sie

1. das Wachsthum der Geschwulst aufhält;
2. die Menge des Secretes verringert;
3. den Schmerz etwas erleichtert;
4. einer Blutung vorbeugt, die beim Fortschreiten der Ulceration entstehen könnte.

An zweiter Stelle erörtert H. die Vorzüge der Unterbindung der Lingualarterien im Trigonum digastricum bei der Exstirpation der Zunge.

MACKENZIE-JOHNSTON.

76) **Christopher Heath** (London). **Eine blutlose Methode die Zunge zu entfernen. (Bloodless method of removing the tongue.)** *British Medical Journal. May 6. 1893.*

Der am 28. April 1893 vor der Clinical Society of London gehaltene Vortrag ist von rein chirurgischem Interesse. H. comprimirt die Zungenarterie mit einer langen Arterienzange, ehe er sie unterbindet. SEMON.

77) **C. Y. Pearson** (Cork). **Zungen-Zange. (Tongue forceps.)** *Brit. Med. Journ. 7. Januar 1893.*

Beschreibung eines Instrumentes, mit dem man während einer Operation oder Untersuchung die Zunge vorziehen kann. MACKENZIE-JOHNSTON.

78) **Wroblewski** (Warschau). **Beitrag zur Pathologie und Therapie der Zungentonsille.** Vortrag geh. in der Warschauer med. Gesellsch. *Wiener med. Presse. 1893. No. 6, 7, 8, 9.*

Nach eingehender Besprechung der ziemlich reichlichen Literatur geht er ein auf die Beschreibung der verschiedenen Formen der Follikel des Zungengrundes, welche sehr häufig hypertrophiren. Die Ursachen dazu sind entweder allgemeine (Neigung zur Hypertrophie des adenoiden Gewebes überhaupt) oder locale (Catarrhe, Reizungen durch scharfe Speisen, Getränke, Taback etc.). Die Folgen sind entweder sehr geringfügig, indem selbst sehr grosse Follikel oft gar

keine Beschwerden machen, während in anderen Fällen dadurch bedeutende Störungen hervorgerufen werden: als Kratzen, Fremdkörpergefühl, Husten, Spasmus glottidis (letztere wahrscheinlich durch das Hängenbleiben des Kehldeckels an den vergrösserten Follikeln bedingt). Dazu kommt noch oft eine bedeutende Ectasie der Venen des Zungengrundes, welche namentlich ein Zeichen von allgemeiner Atheromatose sein sollen. Die Therapie besteht in Pinselungen mit Jodglycerin, 20—30 pCt. Menthol, 2—10 pCt. Lapislösung, Aetzungen mit Lapis, Chromsäure oder mit dem Galvanokauter, oder in Exstirpation einzelner grosser Wülste mit der galvanokaustischen Schlinge. Die Exstirpation mit der Scheere hält W. für gefährlich; neben dieser localen Behandlung empfiehlt W. noch Jod und Eisen innerlich. Den Schluss bilden einige Krankheitsgeschichten.

CHIARI.

79) **Wroblewski** (Warschau). **Beitrag zur Pathologie und Therapie der Zungentonsille.** Vortrag geh in der Warschauer med. Gesellsch *Wiener med. Presse. 1893. No. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14 u. 15.*

Die Krankheiten der Zungentonsille sind viel häufiger, als man früher glaubte. Am gewöhnlichsten ist:

1. Die Hypertrophie. Sie verursacht Fremdkörpergefühl, das Globus hystericus vortäuschen kann, erschwert das Sprechen und Schlingen, kann Spasmus glottidis hervorrufen durch Festhalten der Epiglottis, und ist oft mit Varicositäten der Venen des Zungengrundes vergesellschaftet, macht aber manchmal keine Beschwerden. Die Ursachen sind Hypertrophie des adenoiden Gewebes überhaupt und locale Reize. Die Therapie besteht in Bepinselung mit Jodglycerin, Aetzungen und nur selten in Exstirpation.

2. Acute Entzündung kommt oft vor als Begleitung der acuten Gaumenmandel, seltener isolirt.

3. Mycosis leptothricia. Bepinselung mit Jodtinctur und Gurgelung mit Cigarrendekokt wirken am besten nebst mechanischer Entfernung der Pilze.

4. Tuberculose ist sehr selten.

5. Syphilis ebenso.

6. Neubildungen kommen als Krebs und Lymphome vor.

7. Fremdkörper sind selten.

Bei allen diesen Formen wird die Litteratur besprochen und viele eigene Krankheitsgeschichten gebracht.

CHIARI.

80) **Seifert** (Würzburg). **Ueber Syphilis der Zungentonsille.** *Münchener medicin. Wochenschrift. No. 6. 1893.*

Nach Anführung der Literatur über den fraglichen Gegenstand theilt S. seine eigenen Untersuchungen mit. Aplasie der Zungendrüsen ist keine so constante Erscheinung der Spätsyphilis, wie Lewin angiebt. Primäraffecte konnte S. an der Zungentonsille nicht beobachten; dagegen sah er Schwellungen und Erytheme, Plaques und ausgedehnte Papeln, Zerklüftungen und tiefe Ulcerationen. Die subjectiven Beschwerden waren relativ gering; die Behandlung war eine allgemeine und eine locale; besonders gut bewährten sich Aetzungen mit Chromsäure. Im Allgemeinen gehört die syphilitische Erkrankung der Zungentonsille

nicht zu den Seltenheiten; die ersten Erscheinungen bestehen in Röthung und Schwellung, dann entwickeln sich Papeln und zuletzt ulceröser Zerfall.

SCHECH.

81) **v. Ziemssen** (München). **Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillenerkrankungen.** XII. Congr. f. innere Med. 1893.

Bei den catarrhalischen Anginen wird auf der Klinik des Vortr. in jede Tonsille mit Hülfe einer eigens von Z. construirten Spritze $^1/_2$ ccm einer 2 proc. Carbollösung injicirt. Der Effect ist rasche Abnahme des Schmerzes und des Schlingreizes, sowie Absinken der Temperatur unter die Norm. In der Discussion bestätigt Sahli die guten Erfolge solcher Injectionen katarrhalischer und bei Scharlachangina, jedoch benutzt er neuerdings mehr Lösungen von Jodtrichlorid (2 prom. wässerige Lösung zu je 0,1 ccm). Heubner bespricht die guten Erfolge, die er mit solchen Einspritzungen bei Scharlachdiphtherie erhalten hat. Im Durchschnitt waren 14 Injectionen nöthig. in einem sehr schweren Falle stieg die Zahl der Injectionen auf 35. Die Ausführung sei äusserst leicht und kurz.

SEIFERT.

82) **Rethi** (Wien). **Tonsilla pendula combinirt mit Perforation des hinteren Gaumenbogens.** *Wiener med. Blätter. 1893. No. 14.*

Nach Citirung von 5 ähnlichen Fällen berichtet er über seinen eigenen. Eine haselnussgrosse Tonsille hing an einem dünnen Stiele von dem linken hinteren Gaumenbogen bis zur Epiglottis herab und veranlasste krampfartigen Husten. Nach Abtragung der Tonsilla pendula hörte der Husten auf. Gleichzeitig bestand ein angeborener Defect desselben Gaumenbogens als 15 cm langer Schlitz.

CHIARI.

83) **Marsh** (Birmingham). **Primäre syphilitische Erkrankung an der Tonsille. (Primary syphilitic sore on tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 4. Februar 1893.*

M. berichtete über seinen Fall in der Midland Medical Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

84) **Raymond Johnson** (London). **Lymphosarcom der Tonsille. (Lymphosarcoma of the tonsil.)** *British Medical Journal. March 18. 1893.*

Beschreibung des Falles vor der Clinical Society am 10. März 1893. Die Patientin war eine 53jährige Frau, die Dauer des Leidens betrug etwa 6 Monate. Nach Ligatur der Carotis externa wurde die Mandel mit secundären Drüsenmetastasen durch einen äusseren Einschnitt am Halse entfernt. Die Operation wird im Original genau beschrieben. Kleine Recidive, welche erneute Eingriffe nothwendig machten, erfolgten in den Halsdrüsen, der Pharynx aber blieb frei, und zur Zeit der Demonstration, d. h. acht Monate nach der Operation, war der allgemeine Gesundheitszustand der Kranken ein befriedigender.

In der Discussion bemerkte Mr. Barker, dass er selbst die Operation vom Munde aus vorziehe; er habe drei Fälle der Art mit bedeutender Verlängerung des Lebens in dieser Weise behandelt und befriedigende Resultate erzielt, ohne

die von Mr. Johnson beschriebene eingreifende äussere Operation vorzunehmen. Johnson vertheidigte für den vorliegenden Fall die von ihm gebrauchte Methode.

SEMON.

d. Diphtherie und Croup.

85) C. **Fränkel. Ueber das Vorkommen der Löffler'schen Diphtheriebacillen.** *Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 11.*

C. Fränkel fand relativ häufig auf der Conjunctiva Bacillen, welche ganz mit den Diphtheriebacillen übereinstimmten, dagegen im Uebertragungsversuch unwirksam sich erwiesen. Roux und Yersin haben schon gefunden, dass die Diphtheriebacillen sehr ungleiche Wirksamkeit haben. Dasselbe fand Fränkel bei Fällen von leichter Diphtherie. Löffler selbst hat diese unwirksamen Formen auch bereits gekannt und Pseudodiphtheriebacillen genannt. Die französischen Autoren erbrachten den Beweis, dass beide Bacillenarten nicht verschiedene Microorganismen, sondern Angehörige der gleichen Bacterienart sind. Fr. theilt diese Anschauung, die indess die diagnostische Bedeutung der Diphtheriebacillen nicht herabsetzen soll.

LANDGRAF.

86) **Th. Escherich. Zur Frage des Pseudodiphtheriebacillus und der diagnostischen Bedeutung des Löffler'schen Bacillus.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 21, 22, 23.*

Escherich hält gegenüber C. Fränkel (cf. Referat No. 85) fest an der Verschiedenheit des Löffler'schen Diphtheriebacillus von dem Pseudodiphtheriebacillus. Die nähere Begründung eignet sich nicht zum Referat.

LANDGRAF.

87) **Behring** (Berlin). **Zur Behandlung der Diphtherie mit Diphtherieheilserum.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1893. No. 26.* Nachdruck aus: *Deutsche medic. Wochenschr. 8. Juni 1893.*

88) **Behring, Boer** und **Kossel** (Berlin). **Zur Behandlung diphtheriekranker Menschen mit Diphtherieheilserum.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. 1893. No. 17, 18, 23.*

I. Stand der Diphtherie. Heilungsfrage. Behring.

B. constatirt zunächst, dass das von ihm hergestellte Diphtherieheilserum, welches von diphtherieimmunisirten Schafen stammt, bei der praktisch in Frage kommenden Menge und Applicationsweise für den Menschen eine ebenso unschädliche Flüssigkeit ist, wie eine sterilisirte physiologische Kochsalzlösung.

Dies Mittel ist ein specifisches, als solches nur gegen die durch den Diphtheriebacillus bedingten Gefahren wirksam. Mit diesem Mittel sind bis jetzt 30 Fälle behandelt, von denen 24 geheilt sind, 6 starben

Ueber 11 dieser im Koch'schen Institut behandelten Fälle berichtet

II. Kossel: Ueber die Behandlung diphtheriekranker Kinder mit Diphtherieheilserum. 9 von den Kindern genasen, darunter 3 tracheotomirte. 1 Kind

starb an Streptococcenseptikämie, 1 Kind (tracheotomirt) starb, der Process hatte bereits die kleinen Bronchien ergriffen vor der Behandlung. Der Modus ist der, dass etwa 10,0 ccm des Serums unter die Haut der Brust gespritzt und sanft verrieben werden. Es erfolgt weder eine allgemeine noch eine locale Reaction.

In dem III. Abschnitt berichten die 3 Autoren über die Werthbestimmung des Diphtherieheilserums. Der Werth des Serums wird erkannt an der Beeinflussung des diphtherischen, experimentell erzeugten Krankheitsprocesses. Man kann das Krankheitsbild der Meerschweinchendiphtherie erzeugen durch Infection mit lebenden Löffler'schen Bacillen oder auch durch Intoxication, indem man bacterienfreies Diphtheriegift zur Resorption gelangen lässt. In beiden Fällen bleibt zu entscheiden, welches der krankheitsverhütende und welches der krankheitsheilende Einfluss ist. Der Heilwerth für diphtheriekranke Menschen ist nie anders, als durch directe Beobachtung am Menschen selber zu finden.

Im Abschnitt

IV. Ueber sogenannte septische Fälle von Diphtherie

weist Behring von Neuem darauf hin, dass das Diphtherieheilserum nur die durch das Diphtheriegift hervorgerufenen krankhaften Störungen zu heilen vermag, dass es auf die die Diphtherie etwa begleitende Mundfäule nicht den geringsten Einfluss hat. Diese Mundfäule kann man mit Kal. chlor. und mit Jodoform wirksam bekämpfen. Schlimmer als sie sind die Streptococcenpyämien, welche die Diphtherie begleiten. Hier sind 4 Formen zu unterscheiden, die an Gefährlichkeit so zu ordnen sind: 1) Fälle von Streptococcen im Blut, die, ohne dass es zu Organerkrankungen kommt, tödten. 2) Eitrige Metastasen in Niere, Leber, Lunge. 3) Bronchitiden und Bronchopneumonien. 4) Localisation der Streptococcen in den Lymphdrüsen in der Nähe der Eingangspforte.

Diese Streptococceninfectionen sollen wir uns gewöhnen als vermeidbare Complicationen anzusehen.

Nun sind nicht alle schweren Fälle von Diphtherie durch Complicationen bedingt, es giebt auch schwere Fälle, in denen allein die Wirkung des Diphtheriebacillus die Schwere bedingt: Ausdehnung der Membranbildung bis in die kleinsten Bronchien, Vorkommen der Diphtheriebacillen im Blute. Diese schweren Fälle können durch das Serum geheilt werden.

Es folgt dann der V. Abschnitt, in welchem Behring über den Begriff der „Reinheit" beim Diphtherieheilserum sich dahin ausspricht, dass dieser ein rein negativer sei, rein-frei von allen toxischen und unerwünschten Nebenwirkungen, und mehrere aprioristische Einwände gegen die Serumtherapie zurückweist.

LANDGRAF.

89) **Aronson** (Berlin). **Experimentelle Untersuchungen über Diphtherie und die immunisirende Substanz des Blutserums.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 23.*

A. bespricht die verschiedene Virulenz der Diphtheriebacillen und ihre experimentelle Bestimmung. Man kann künstlich Diphtheriebacillen von gegebenem Virulenzgrade in stärkere und schwächere verwandeln. Was die Immunisirung von Thieren anlangt, so giebt es mehrere Wege, die A. schildert. Jedenfalls

steigt der Immunisirungswerth des Blutserums mit der zugeführten Diphtheriegiftmenge. Es folgt dann eine kurze Schilderung des Verfahrens, die Antikörper in fester Form aus dem Blutserum darzustellen. Er hofft mit wenigen Decigrammen des von ihm gewonnenen Präparates Kinder heilen zu können.

LANDGRAF.

90) **Klebs** (Karlsruhe). **Die causale Behandlung der Diphtherie.** *Wiener medic. Wochenschr. 1893. No. 25, 26, 27 u. 28.*

Polemischer Artikel in Bezug auf die Priorität der Entdeckung des Diphtheriebacillus und in Bezug auf die Wirkung des Behring'schen Diphtherieheilserums. Klebs glaubt, dass dasselbe ein gutes Nährsubstrat für Diphtheriebacillen sei. Es wirkt schützend gegen Diphtherie, weil es mit den Zellen des Körpers in Berührung gebracht dieselben befähigt, eingedrungene Diphtheriebacillen zu tödten, sei es durch Phagocytose, sei es durch Bildung von Stoffen, welche die Bacillen tödten. Nun dringen aber die Bacillen nicht ins Blut ein, daher wirkt Behring's Diphtherieheilserum nur sehr wenig und muss in sehr grossen Dosen angewendet werden (1:325 des Körpergewichts). Es wirkt nur antitoxisch.

Causal, d. h. die Bacterien tödtend wirkt das von Klebs dargestellte Antidiphtherin; dasselbe wird aus Culturen der Diphtheriebacillen gewonnen und zur Bepinselung des Rachens, der Nase, des Kehlkopfes verwendet. Auch in die Trachea wird eine schwächere Lösung eingeträufelt. Die Temperatur fällt ab, die Membranen lösen sich, die Schleimhaut heilt schnell und in 13 verschieden schweren Fällen wurde immer Heilung erzielt, wie dies die Krankengeschichten zeigen. Dieser Erfolg ist den Autotoxinen zuzuschreiben. Näheres ist im Original nachzulesen.

CHIARI.

91) **E. Fränkel. Die Aetiologie des primären Larynxcroups. (The aetiology of primary croup of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 11. Februar 1893.*

F. berichtet über 4 Fälle von primärem Larynxcroup, in denen eine genaue bakteriologische Untersuchung mit dem Mikroskop, der Cultur und dem Thierversuch vorgenommen wurde. Es fand sich der specifische Keim in der Membran des Larynx, der in jedem Falle als der echte Klebs'sche Bacill mit positiver Bestimmtheit erwiesen wurde.

LEFFERTS.

92) **Booker. Die Beziehung der pseudo-diphtheritischen Angina zur Diphtherie. (The relation of pseudo-diphtheric angina to diphtheria.)** *Phila. Med. News. 7. Januar 1893.*

Verf. hat 11 Fälle von Scarlatina mit pseudomembranöser Angina bakteriologisch untersucht, ferner 4 Fälle von Scharlach mit Röthung im Halse, aber ohne Pseudomembran, 1 Fall von pseudomembranöser Angina, ähnlich den Scharlachfällen, aber ohne Exanthem; ferner 2 Fälle von Masern mit membranöser Laryngitis, aber ohne sichtbare Membranbildung im Halse, 1 Fall von Masern mit einer pseudomembranösen Affection des Halses und der Augenlider; endlich 3 Fälle von gewöhnlicher folliculärer Tonsillitis, ohne jede Aehnlichkeit mit Scharlach oder Diphtherie. B. kommt zu dem Schlusse, dass die pseudo-

membranösen Halsaffectionen, die häufig secundär nach Scharlach und Masern und vielleicht auch nach anderen Infectionskrankheiten vorkommen, oft klinisch die Zeichen der Diphtherie darbieten, von der sie sich jedoch ihrer Natur und ihrer Aetiologie nach unterscheiden. Das klinische Bild reicht nicht immer zur Unterscheidung dieser Affectionen aus. Der anatomische Process, den die Lebensthätigkeit des Diphtheriebacillus hervorruft, scheint ein charakteristischer zu sein und sich von dem bei den pseudodiphtheritischen Affectionen sich abspielenden zu unterscheiden. Von der Membran abgesehen, sind die anatomischen Veränderungen bei der Diphtherie nicht von der directen Thätigkeit des Bacillus abhängig, sondern von einer toxischen Substanz, die der Bacill erzeugt. Diese Veränderungen sind charakterisirt besonders durch eine herdweise Nekrose der Gewebe, mit einer eigenthümlichen Zerspaltung der Zellkerne. Die anotomischen Veränderungen bei der pseudomembranösen Scharlachangina sind begleitet von einer Streptokokkeninvasion und eitrigen Processen. Der ätiologische Faktor liefert ein sicheres Kriterium für die Differentialdiagnose zwischen diphtheritischer und pseudodiphtheritischer Erkrankung, aber die Diagnose ist nichtsdestoweniger oft recht schwer. Masern und Scharlach machen die Gewebe ganz besonders zugänglich für den Diphtheriebacillus. Das constante Vorkommen von Streptokokken bei den pseudodiphtheritischen Processen legt den Gedanken an einen ätiologischen Zusammenhang nahe. Die Streptokokken sind nicht differenzirt worden, doch ist anzunehmen, dass mehrere Formen vorkommen können. Die Beziehung der Streptokokkeninfection zur pseudomembranösen Scharlachangina hat nichts mit der specifischen Aetiologie des Scharlachs zu thun.

LEFFERTS.

93) **Pearson, Reynolds, Brayton. Discussion über den membranösen Croup. (Discussion on membraneous croup.)** *Indiana Med. Journal. Febr. 1893.*

Brayton machte auf die Thatsache aufmerksam, dass in Indianopolis die Zahl der angezeigten Todesfälle an membranösem Croup mit der der Diphtheriefälle steigt und fällt.

W. J. SWIFT (LEFFERLS).

94) **J. S. Rawlins. Membranöser Croup und Diphtherie. (Membranous croup and diphtheria.)** *Memphis Med. Monthly. Februar 1893.*

Zwei Fälle, an denen Verf. die Identität beider Krankheiten demonstrirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **J. Egidi (Rom). Zwei Fälle von chronischem Croup. (Due casi di crup cronico.)** *Arch. ital. di Laring. 1893. H. 1.*

1. 5jähriges Kind; Crouperscheinungen seit 5 Tagen. Intubation; Auswurf einer Löffler'sche Bacillen enthaltenden Membran. Am 6. Tage Extubation; sofortige Wiedereinführung der Tube wegen Dyspnoe. Fortgesetzte Ausstossung von Membranen. Am 11. Tage kommt die Tube von selbst heraus. Nach 8 Stunden Wiedereinführung, bis zum 18. Tage. Das Membranenauswerfen dauerte 40 Tage; nachdem dies aufgehört, bildete sich aber die Larynxstenose nicht zurück; im Gegentheil verschlimmerte sie sich allmälig, so dass E. die Tracheotomie vorschlug, die aber von den Verwandten nicht gestattet

wurde. Die Larynxstenose verschwand und die Athmung wurde wieder normal, unmittelbar nach zwei Einspritzungen von je 0,07 Calomel, „wie man es bei Syphilis zu geben pflegt“. (Ref. möchte fragen: Hat E. gar nicht an die Möglichkeit gedacht, dass es sich bei den durch die Calomelinjectionen erzielten Croupheilungen, und vielleicht auch in seinem Falle, um wahre Syphilis gehandelt hat? In einem ähnlichen Falle aus seiner Praxis sah der Ref. einen angeblichen chronischen Croup durch eine Inunktionsbehandlung rasch heilen; und auch im hiesigen Kinderspitale ist eine ähnliche Beobachtung kürzlich gemacht worden. A priori ist das Vorkommen des chronischen Croups nicht zu leugnen; nach den gemachten Erfahrungen darf man aber mit wissenschaftlicher Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es Fälle giebt, wo die von Croup befallen gewesene Larynxschleimhaut von dem im Körper existirenden syphilitischen Virus nachträglich inficirt wird.)

2. 5jähriges Mädchen; Croupersoheinungen seit 3 Tagen. Tracheotomie. Membranen mit Diphtheriebacillen. Auch hier wurden Membranen 40 Tage hindurch ausgeworfen. Am 46. Tage Decanulement. Anfänglich gute Athmung, später allmälige Wiederkehr der Stenose. Keine Verbesserung durch Calomeleinspritzungen. Vorschlag einer zweiten Eröffnung der Trachea von den Verwandten zurückgewiesen. Intubation. Sofortige eclatante Besserung. Am 5. Tage nach der Intubation kam die Tube Morgens früh während eines Hustenstosses heraus, und „nach wenigen Secunden starb das Mädchen. Der Tod wurde in diesem Falle ohne Zweifel durch die Herzlähmung verursacht. Das Herzchen, das seit 3 Monaten so viel leisten musste, versagte bei der ersten Veranlassung“. TOTI.

96) **M. B. Dwight. Die Incubationsperiode der Diphtherie. (The period of incubation of diphtheria.)** *Med. Age. 25. Februar 1893.*

D. beschreibt eingehend seine Erfahrungen an 21 Fällen, bei denen er jedesmal die Incubationszeit in einer Dauer von 48 Stunden feststellen konnte.

Er glaubt, dass wo man eine längere Incubationsdauer feststellen zu können geglaubt hat, dass da der Keim nicht im Halse des betr. Patienten abgelagert worden ist, sondern auf seiner Kleidung oder sonst irgendwo an ihm zurückgehalten wurde bis 48 Stunden vor dem Ausbruch der diphtheritischen Erscheinungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **Redactionelle Bemerkung. Die Mortalität der Diphtherie. (The ravages of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 4. Febrnar 1893.*

Nach dem Bericht des Registration Departement of the Philadelphia Bureau of the Health sind im Jahre 1892 5051 Fälle von Diphtherie von den Aerzten gemeldet worden, davon 1484 mit letalem Ausgange. Gegenüber solchen Daten wird es so recht offenbar, wie wenig Logik im Denken und Fühlen der grossen Menge liegt. Ein einziger Mord erregt ein weit grösseres Interesse, als die Tausende von Todesfällen (und sie waren zu einem Theile, vielleicht fast alle zu verhüten), die sich schweigend in der ganzen Welt vollziehen. Das Volk kann sich wohl enthusiastisch begeistern für einen egoistischen Quacksalber, der Mil-

lionen von Dollars mit einem Geheimmittel macht, mit dem er ein paar alte Fälle von oft selbstverschuldeter Krankheit heilt, aber es hat kein Wort der Anerkennung für einen Stand, der selbstlos arbeitet an der Verhütung und Heilung einer Krankheit, die Myriaden schuldloser junger Wesen hinrafft. LEFFERTS.

98) **W. J. Wilson. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Canada Lancet. Januar 1893.*
Nichts bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **W. Sliffe** (Derby). **Scharlachfieber, Masern und Diphtherie. (Scarlet fever, measles and diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 7. Januar 1893.*

Eine kurze Notiz zu dem Hunter'schen Berichte über einen „Fall von Recrudescenz beim Scharlach"; der Verf. will solche Fälle 5 oder 6 mal in dem dortigen Infectionshospitale beobachtet haben. MACKENZIE-JOHNSTON.

100) **A. Baginsky. Ueber Tetanussymptome bei Diphtherie.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. No. 2.*

$4^3/_4$jähriges Kind, mit Tetanussymptomen aufgenommen, wurde mit Behring's Tetanusheilserum behandelt. Nach Verschwinden der tetanischen Erscheinungen konnte man Diphtherie feststellen mit specifischen Bacillen. Trotz zahlreicher Nachkrankheiten Heilung. LANDGRAF.

101) **A. Baginsky. Tetanussymptome bei Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 9.* Discussion ibid.

Sehr schwerer Fall von Diphtherie mit Tetanussymptomen, von denen B. dahingestellt sein lässt, ob sie als seltene Erscheinung auf die Diphtherie zurückzuführen seien oder ob gleichzeitige Erkrankung an Tetanus und Diphtherie vorlag. Trotz vielfacher Nachkrankheiten Heilung.

Es war gegen die Tetanussymptome Behring'sches Tetanusheilserum angewandt. Die Discussion förderte neue Gesichtspunkte zum Thema nicht zu Tage. LANDGRAF.

102) **W. Carter u. W. Alexander** (Liverpool). **Zwei Fälle von postdiphtheritischer Lähmung mit Contracturen. (Two cases of postdiphtheritic paralysis with contractures.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1893.*

Der erste Pat. wurde 1891 beobachtet, nachdem er seine diphtherische Lähmung 1889 acquirirt hatte. Beide untere Extremitäten waren gelähmt und im Zustand der Contractur. Der Pat. wurde durch eine chirurgische Behandlung geheilt. — Die zweite Patientin war hemiplegisch seit 15 Monaten; geeignete Pflege und Massage setzten sie wieder in Stand, ihre Gliedmassen ein wenig zu gebrauchen. P. MC BRIDE.

103) **A. Neumann** (Berlin). **Mittheilungen über Diphtherie.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. No. 7.*

Zusammenfassender, auch die Tagesfragen berücksichtigender Bericht über 2656 in den letzten 8 Jahren auf der chirurgischen Station im Krankenhaus am Friedrichshain vorgekommenen Fälle, dessen Details sich für ein Referat nicht eignen. LANDGRAF.

104) **Redactionelle Bemerkung. Die Verhütung der Diphtherie. (The prevention of diphtheria.)** *Medical Age. 25. Februar 1893.*

Die Notiz beschäftigt sich mit einer Reihe von Artikeln, die in dem British Medical Journal erschienen sind, über die „Ausbreitung der Diphtherie“.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **A. H. Colvard. Die Diphtheritis. Die Möglichkeit ihrer Coupirung in ihrem frühsten Stadium. (Diphtheria — it can be arrested in its earliest stage.)** *Kansas City Med. Index. Februar 1893.*

C. zeigt die Wichtigkeit des Einsetzens der Therapie gleich im Beginne der Erkrankung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **Hübner, Rosenthal. Eisenchlorid bei der Behandlung der Diphtherie. (Ferric chlorid in the treatment of diphtheria.)** *Phil. Med. News. 11. Februar 1893.*

Hübner hat 52 Fälle von Diphtherie local mit Eisenchloridlösungen behandelt; von diesen starben nur zwei; die Allgemeinbehandlung wurde mit der scrupulösesten Sorgfalt durchgeführt.

Rosenthal verwendet eine 2proc. wässerige Lösung von Eisenchlorid, der eine kleine Quantität Glycerin zugesetzt ist; er giebt davon einen Theelöffel- bis einen Esslöffelvoll einstündlich. 79 Fälle nach dieser Therapie behandelt, ergaben 6 Todesfälle.

LEFFERTS.

107) **Jas. L. Gardner. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 18. Februar 1893.*

Eine 15—25proc. Lösung von Tinct. ferri chlor. und Tinct. Jodi in einem Glycerinwassergemisch soll local auf die Fauces mittelst einer Zahnbürste oder einer Nasenrachenraumspritze applicirt und diese Application alle 3 Stunden, Tag und Nacht hindurch, wiederholt werden. Die Eisenchloridtinctur, mit Wasser gehörig verdünnt, ist ein sehr wirksames Gurgelwasser und löst die Membran auf. Man gebe 15—30 Tropfen Tct. ferri chlor., je nach dem Alter des Pat., in Wasser zu nehmen, 4stündlich, nach folgendem Recept:

Rp. Tinct. ferri chlorat. . . . 24,0.
Acid. phosphor. dil. . . . 16,0.
Sol. Strychniae . . . . . 8,0.
Chinin. sulfur. . . . . . 8,0.
Aquae et glycerini . aa 30,0—120,0.
M. D. S. 4,0 g 5stündlich in Wasser.

LEFFERTS.

108) **Lesenre. Behandlung der diphtheritischen Angina mit Chromsäure. (Traitement de l'angine diphthéritique par l'acide chromique.)** *France médicale. 1893. No. 2. p. 18.*

Um die Mortification der Pseudomembranen zu erzielen, pinselt L. mit einer Chromsäurelösung von 40 : 100; er wiederholt diese Pinselungen 1-, 2- und sehr selten 3mal in 24 Stunden. Gleichzeitig pinselt er 3mal am Tage die be-

nachbarten Partieen mit einer Glycerin-Tanninlösung (Ac. tannicum 6,0, Glycerin 30,0). Ferner lässt er innerlich eine Alkoholatur von Eucalyptus in einer Dosis von 3—10 g innerhalb 24 Stunden je nach dem Alter nehmen.

Die Allgemeinbehandlung besteht aus der Darreichung von Alkohol, Nux vomica, Chinin, Milch, Caffee, Thee, Ueberernährung und Sauerstoffzufuhr.

MENDEL.

109) **Chas. G. Amende. Boroglycerid mit Alaun und Kreosot bei der Behandlung der Diphtherie. (Boroglyceride with alum and creosote in the treatment of diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1893.*

Die gewöhnliche Therapie besteht jetzt in der Application des oben genannten zusammengesetzten Boroglyceridpräparates auf die afficirten Gewebe der Tonsillen und des Schlundes und in der internen Darreichung von Chinin.

Je nach dem Alter des Pat. werden 3, 4 oder 5 g Chinin mit verdünnter Salzsäure in einer Mixtur von 90,0 ccm gelöst und davon je nach der Schwere des Falles ein Theelöffel voll 2- oder 3stündlich — selten einstündlich — eine Zeit lang gegeben.

Mit einem Kameelhaarpinsel wird das Boroglycerid in genügender Menge einstündlich aufgetragen.

Das zusammengesetzte Boroglycerid ist eine dicke, syrupöse, farblose Flüssigkeit. Das Recept ist folgendes:

Boroglycerid	30,0	
Alum	30,0	
Glycerin . . . q. s.		ut. f. 240,0
Creosot. . . . gtt.	20	

8—12 g genügen für gewöhnlich.

Man nimmt jetzt gewöhnlich an, dass die Bacillen in den Krypten und Divertikeln der Tonsillen nisten und sich vermehren. Die Exsudation aus den drüsigen Geweben muss nun sicherlich die Mikroben herausspülen und sie damit den antiseptischen Flüssigkeiten preisgeben.

Es ist nicht zu bezweifeln, dass gelegentlich die Bacillen in den Kreislauf gerathen und in der Blutbahn sich weiter vermehren. In solchen Fällen entsteht dann eine ganz ungewöhnliche Toleranz gegenüber dem Chinin. In den letzten $1\frac{1}{2}$ Jahren hat A. in keinem Falle Folgekrankheiten beobachtet.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

110) **J. W. Gleitsmann. Bedeutung der Laryngologie für die medicinische Wissenschaft. (Importance of laryngology for medical science.)** *N. Y. Polyclinic. März 1893.*

G. weist auf die enge Beziehung hin, die zwischen der Laryngologie und der medicinischen Wissenschaft im Allgemeinen besteht; er zeigt an einigen Bei-

spielen, wie werthvolle Dienste das Laryngoskop in machen Fällen für die Diagnose wie für die Therapie leisten kann. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) C. E. Teets. **Husten und seine Beziehungen zur Nase und zum Hals. (Cough and its relations to the nose and throat.)** *N. Y. Med. Times. Febr. 1893.*

T. betont, dass der Husten keine Krankheit ist, die als solche behandelt werden soll, sondern nur ein Symptom, dessen Ursache man nachzugehen hat. Verf. berichtet über mehrere Fälle von Reflexhusten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) C. F. Shollenberger. **Keuchhusten. (Pertussis.)** *Denver Med. Times April 1893.*

Man soll die Eltern darüber unterrichten, dass der Keuchhusten keineswegs eine indifferente Erkrankung ist und dass die Kinder sehr grosser Pflege bedürfen. Ein specifisches Moment erkennt S. der Krankheit nicht zu.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) G. Carpenter. **Ein „Schwarzes Auge" als Complication von Keuchhusten. (A „black eye" as a complication of whooping cough.)** *Archives of Pediatrics. Januar 1893.*

Der Pat. war 6 Jahre alt, die Anfälle waren öfters von Hämoptyse begleitet. Das rechte Augenlid zeigte eine breite, dunkle Hämorrhagie und rings um dieselbe eine grüne Verfärbung unter der Haut. Die gesammte Conjunctiva des Bulbus war stark injicirt, nur um die Cornea herum bestand ein schmaler weisser Ring.

C. hält eine solche subconjunctivale Blutung beim Keuchhusten für sehr selten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) S. B. Straley. **Eine neue Therapie für Keuchhusten. (A new treatment for pertussis.)** *Times and Register. 1. April 1893.*

St. verschreibt eine Tinctur von Thymus Serpillum in 4 g-Dosen. Die Wirkung dieses Mittels, dass Verf. für ein specifisches erklärt, tritt innerhalb 24 Stunden in Kraft und ist in 5 Tagen vollendet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

115) C. W. Earle. **Der gegenwärtige Stand der Aetiologie des Keuchhustens und seine Behandlung mit Bromoform. (The present status of the etiology of whooping cough and its treatment with bromoform.)** *Chicago Med. Recorder. Juni 1893.*

Die beste Behandlungsmethode stellen die Fumigationen von Jodtinctur und Carbolsäure dar, welche die Mikroorganismen zerstören sollen, und die gleichzeitige interne Darreichung von Bromoform zur Bekämpfung des neurotischen Elementes.

E. gebraucht folgendes Recept:

Bromoform. (Merck) 0,5
Tct. Opii camphorat. 4,0
Syr. Acaziae 16,0
Aqu. Anisi
Aqu. Laurocerasi aa. q. s. ut. f. . 30,0

S. $^1/_2$—1 Theelöffel voll 4 mal täglich für ein einjähriges Kind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **X. Zur Therapie des Keuchhustens.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Ullmann (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 14) hat weder mit Bromoform noch mit Inhalationen mit schwefliger Säure besondere Wirkung erzielt.

Schippers (Therapeutisches Monatsblatt, 1892, October) sah Gutes von Bromoform.

Neovinj (Petersburger med. Wochenschrift, 1892, No. 21) empfiehlt Thymus vulgaris 100,0 auf 700,0 Wasser mit 50,0 Syr. Althaeae 2 stündlich Thee—Esslöffel.

Unger lässt Chinin nehmen. LANDGRAF.

117) **Schwarz** (Constantinopel). **Ueber Keuchhusten und dessen Behandlung.** *Int. klin. Rundschau. 1893. No. 1, 2, 3.*

Nach einer ziemlich unklaren Auseinandersetzung über die Literatur, Aetiologie und den Sitz der Erkrankung erklärt Sch., dass der Keuchhusten in der Nase und den Choanen seinen Sitz habe, da immer Schnupfen den Anfang bilde; obwohl er sonst nichts für diese Behauptung Beweisendes anführt, erklärt er doch diese Thatsache für bewiesen und gründet darauf seine Therapie. Dieselbe besteht in Einblasungen von Myrobalan, mit Kohlenpulver, Schwefelblumen und Sozojodolnatrium. Ob nun diese einzelnen Pulver allein oder zusammen eingeblasen werden und was das räthselhafte Myrobalan ist, lässt sich aus dem Texte nicht entnehmen, nur das ist sicher, dass eine einmalige tägliche Einblasung in die Nase in 5 bis 6, höchstens 12 Tagen den Keuchhusten in allen Fällen sicher heilt. Auch in Berlin bei Henoch und in Wien auf der Poliklinik erzielte er nach seinen Angaben glänzende Erfolge. Die Kinder müssen sich nur im Zimmer aufhalten und vor Erkältungen schützen. Das Myrobalan wird jetzt von Trommsdorf in Erfurt erzeugt und unter dem Namen Cölyt in den Handel gebracht. Schliesslich folgt eine Reihe von Krankengeschichten. Ob sich Schwarz' Mittheilungen bestätigen werden, muss natürlich abgewartet werden. CHIARI.

118) **Marfan. Die Behandlung des Keuchhustens. (The treatment of whooping cough.)** *N. Y. Med. Journal. 3. Juni 1893.*

Um die Häufigkeit und Schwere der Hustenanfälle zu vermindern, giebt M. eine Lösung von 3 Theilen Antipyrin in 100 Aq. destill. und 25 Orangenblüthensyrup. Ein 4 jähriges Kind kann von dieser Lösung drei mal am Tage, mit den Mahlzeiten, einen Theelöffel voll bekommen. Um bis zu einem gewissen Grade

eine Antiseptik der Luftwege zu erzielen, empfiehlt M. eine Räucherung des Krankenzimmers mit einem Gemisch von je 10 Theilen Thymusöl, Eucalyptusöl und Terpentinöl, 250 Theilen Spiritus rectificat. und 750 Theilen Wasser. Es ist dies, wie er meint, gut zur Verhütung von Secundärinfectionen.

LEFFERTS.

119) P. Guttmann (Berlin). **Einblasungen von Sozojodolnatrium in die Nasenhöhle gegen Keuchhusten.** *Therap. Monatsh. 1893. 1.*

„Eine günstige Einwirkung war in einer Anzahl von Fällen nicht abzuleugnen."

A. ROSENBERG.

120) Guttmann. **Nasale Einblasungen von Sozojodolnatrium beim Keuchhusten. (Nasal insufflation of sozojodol-sodium in whooping cough.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1893.*

G. hat günstige Resultate mit dieser Therapie erzielt, wenn auch nicht so glänzende, wie Schwarz (Constantinopel). In keinem Falle ist es ihm gelungen, den Verlauf der Krankheit durch die täglichen Einblasungen auf 4 oder 5 Tage abzukürzen. In einer Anzahl von Fällen indess war der günstige Einfluss der Therapie unleugbar. In 6 Fällen, die im Moabiter Krankenhause behandelt wurden, liess sich eine Verminderung der Zahl und der Schwere der Anfälle constatiren; bei vier von diesen innerhalb 3—6, bei zwei innerhalb 8 Tagen. In 24 in der Poliklinik behandelten Fällen wurde ebenfalls ein günstiger Einfluss der Therapie notirt.

LEFFERTS.

121) R. Hirsch (Hannover). **Der gegenwärtige Stand der Keuchhustenbehandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 20–23.*

Zusammenfassender Bericht.

LANDGRAF.

122) S. West (London). **Ein Fall von Einklemmung des Kiemendeckels eines Härings im Kehlkopf eines Kindes; Tracheotomie; Entfernung des Fremdkörpers; Schwierigkeit der Entfernung der Canüle wegen functioneller Lähmung der Abductoren; vollständige Heilung. (Case of impaction of the gill-plate of a hering in the larynx of an infant; tracheotomy; removal of bone; difficulty of removal of tube from functional paralysis of abductors; complete recovery.)** *Lancet. 9. April 1893.*

Klinischer Bericht über den Fall; die Ueberschrift sagt genug über den Verlauf desselben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

123) L. L. Hill. **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air-passages.)** *Alabama Med. and Surg. Age. Januar 1893.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) W. L. Bullard. **Eine Klette aus den Luftwegen eines Kindes durch eine intralaryngeale Operation glücklich entfernt. (Cockle burr in the air-passages of a child successfully removed by an intralaryngeal operation.)** *Southern Med. Record. Januar 1893.*

Der Fremdkörper wurde mittelst einer Stoerk'schen Röhrenzange entfernt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **E. Walsh. Fremdkörper in den Luftwegen nebst Krankengeschichte eines Falles. (Foreign bodies in the air-passages with report of a case.)** *Medical Age. 10. Februar 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **Th. van Geuns. Fall eines Fremdkörpers in den Luftwegen. (Een vreemd lichaam in de luchtwegen.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 4. 1893.*

Nach einer kurzen historischen und casuistischen Angabe (wobei Verf. darauf hinweist, dass von den 374 Fällen Günther's, von den 120, die Moll aus der Litteratur von 1865—1885 gesammelt, und von den vielen im Centralblatt publicirten Fällen nur 27 Mal der Fremdkörper eine Aehre oder Grashalm war!) und nach Mittheilung des Verlaufes einiger dieser Fälle, beschreibt v. G. einen von ihm beobachteten Fall. Derselbe betrifft ein Kind von 3 $^1/_2$ Jahren, das im letzten Sommer spielend eine Aehre in den Mund genommen, welche plötzlich nach hinten in den Rachen schoss. Obgleich das Dienstmädchen der Meinung war, dieselbe ganz herausgeholt zu haben, gab das Kind weinend an, ein Härchen im Rachen zu fühlen. Der behandelnde Arzt sah nichts, auch nicht laryngoscopisch. Das Kind bekam Fieber, Husten, Bluthusten und soll eine Pleuropneumonie durchgemacht haben. Als v. G. das Kind zwei Monate später zuerst sah, hatte es keine Symptome mehr und keinen Rest einer Pneumonie; es sah aber elend und mager aus, hustete stark und die Eltern gaben an, beim Husten einen Foetor ex ore wahrgenommen zu haben. Als das Kind sich zwei Monate später erholt hatte, aber noch fortwährend hustete, erkrankte es abermals mit Fieber und Erbrechen. v. G. konnte keine physikalisch nachweisbare Abweichung finden, nur leichte Dämpfung rechts hinten, keine Expectoration, kein Appetit; Abmagerung. Verdacht auf Tuberculose. Das Kind erholte sich aber dennoch. Einen Monat später verletzte sich das Kind beim Spielen dermassen, dass es heftig weinte; bald darauf folgte ein Hustenanfall, wobei mit sehr viel Schleim eine Aehre von ca. 6 cm Länge zum Vorschein kam. Daraufhin vollkommene baldige Genesung. MOLL.

127) **J. F. Klinedinst. Ein Fremdkörper 17 Monate lang im Larynx; Entfernung durch die Laryngo-Tracheotomie. Heilung. (A foreign body impacted in the larynx seventeen months; removal by laryngo-tracheotomy; recovery.)** *Phil. Med. News. 25. März 1893.*

Der Fremdkörper war eine Gaumenplatte mit 3 künstlichen Zähnen. Die Krankengeschichte weist mehrere interessante Punkte auf. Erstens ist die Toleranz des Kehlkopfs gegen einen Fremdkörper von dieser Grösse bemerkenswerth. Dann, dass die Extraction des Fremdkörpers mittelst der Kehlkopfzange unmöglich war wegen der Lage des Gebisses und weil es sich daselbst fest eingebettet hatte. Das Symptomenbild hatte eine auffallende Aehnlichkeit mit dem der Kehlkopftuberculose, allein eine sorgfältige und gründliche Untersuchung liess diese Diagnose doch als nicht haltbar erscheinen. Schliesslich beweist der Fall, dass wenn ein Fremdkörper unterhalb der Rima glottidis eingekeilt ist, dann das einzig sichere und geeignete Mittel zu seiner Extraction die Tracheotomie oder

noch besser die Laryngo-Tracheotomie ist, bei der eine ernsthafte Verletzung des Stimmapparates nicht zu befürchten ist. LEFFERTS.

128) **P. Watson Williams** (Bristol). **Fremdkörper im Larynx. (Foreign body in the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 8. April 1893.*

Der Pat., ein 30jähriger Mann, liess einen halben Sovereign in seinen Hals gleiten. Bei der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel sah man die Münze quer über der Glottis liegend, zwischen den Ventricularbändern. Man beschloss, die Tracheotomie zu machen; allein während der Narkose veränderte die Münze ihre Lage, so dass man sie ohne Schwierigkeiten vom Munde aus fassen und entfernen konnte. MACKENZIE-JOHNSTON.

129) **J. W. Mac Quillan. Ein Fall von Fremdkörper in den Luftwegen. (Case of foreign body in air-passages.)** *Med. Age. 10. April 1893.*

Pat. war ein 16 Monate altes Kind. Tracheotomie. Heilung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **J. Caven u. T. Weir. Fremdkörper im Magen und in der Trachea. (Foreign bodies in the stomach and trachea.)** *Canadian Practitioner. Februar 1893.*

Der Patient war geisteskrank; nach seinem Tode fand man in seinem Magen ein Messer, eine Gabel und einen Löffel, die er 3 Monate vorher verschluckt hatte. In der Trachea fand sich ein Stück Glas mit scharfen Rändern, das offenbar schon länger in seiner jetzigen Lage — an der Bifurcationsstelle der Trachea — gelegen hatte. Während des Lebens hatte kein Symptom bestanden, das Verdacht auf das Vorhandensein eines Fremdkörpers oder auch nur einer Reizung in den Athemwegen hätte erregen können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) **L. Feilchenfeld. Fremdkörper in der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 5. Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 8.*

Ein Knorpelstückchen war beim Essen in die Trachea gekommen. F. stellte den Pat. auf einen Stuhl und liess den Oberkörper über die Lehne nach dem Erdboden neigen. Bald darauf wurde der Fremdkörper ausgehustet.

LANDGRAF.

132) **Herbert W. Cardwell. Eine Nadel in der Trachea. (A pin in the trachea.)** *N. Y. Med. Record. 10. Juni 1893.*

Die Nadel war trotz sorgfältiger laryngoscopischer Untersuchung nicht zu entdecken, obgleich die Pat. angab, dass sie direct unter dem Kehlkopf scharfe, stechende Schmerzen empfinde. Die Pat. wurde zur weiteren Beobachtung in ein Hospital geschickt und blieb dort bei einer Diät von Milch und etwas Brod. An den folgenden Tagen klagte sie nacheinander über Schmerzen im Larynx, Mediastinum, in der linken Regio epigastrica, in der Regio umbilicalis und der rechten Regio epigastrica. Dann verschwand der Schmerz und nach 10tägigem Aufenthalt im Spital verlangte die Pat. dringend, nach Hause entlassen zu werden. Eine Indication für einen operativen Eingriff hatte nicht vorgelegen, um

so weniger, als die Pat. sich einem solchen sehr widersetzte. Nach ihrer Entlassung liess sich die Pat. wegen eines alten Uterusleidens behandeln und dabei sprach sie von Zeit zu Zeit von der Nadel und drückte ihre Verwunderung darüber aus, wo dieselbe geblieben sei. 95 Tage später hatte sie einen sehr heftigen Hustenanfall, und dabei hustete sie die Nadel aus, die Spitze nach oben. Bei der Untersuchung der Nadel fand man, dass es eine Tuchnadel aus Stahl von 1 $^{1}/_{2}$ Zoll Länge mit einem konischen schwarzen Kopf und von einem Durchmesser von $^{3}/_{16}$ Zoll war, die zwar stark corrodirt, doch noch sehr scharf war.

LEFFERTS.

133) **J. Walker Downie** (Glasgow). **Ein Stück Nuss im rechten Bronchus eingeklemmt und operativ entfernt. (A case in which a portion of a nut was impacted in the right bronchus and removed by operation.)** *Glasgow Medical Journal. Januar 1893.*

Die Operation bestand in der Tracheotomie. P. MC. BRIDE.

134) **C. W. Richardson. Fremdkörper im Bronchus. (Foreign bodies in bronchus.)** *Archives of Pediatrics. März 1893.*

Bericht über einen Fall, in dem der Fremdkörper durch die in die Trachea nach der Tracheotomie eingeführte Zange entfernt wurde; ferner ein zweiter Fall, in dem keinerlei Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines Fremdkörpers gefunden werden konnte; man hielt den Patienten für phthisisch, aber schliesslich hustete er den Fremdkörper aus (einen kleinen Knochen) und wurde gesund.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

135) **T. Kirkpatrick Monro** (Glasgow). **Ein Fall von diffuser Gangrän der linken Lunge bedingt durch das (nicht erkannte) Vorhandensein eines Molarzahnes im Bronchus, der während einer Narkose des Patienten zufällig abgebrochen und aspirirt worden war. (On a case of diffuse gangrene of the left lung due to the unsuspected presence in the bronchus of a temporary molar tooth, which had accidently been dislodged while patient was under an anaesthetic.)** *Glasgow Med. Journ. Februar u. April 1893.*

Der Pat. war 10 Jahre alt; der Zahn wurde bei der Section im rechten Bronchus gefunden. P. MC. BRIDE.

136) **Fischer** (Kreuzlingen). **Fremdkörper in den Bronchien.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 9. 1893.*

Mann von 26 Jahren. Am 26. IV. 1892 Aspiration eines Knochenstückchens in Folge Lachens beim Essen von Suppe. Heftiger Hustenreiz, etwas pfeifendes Athmen, kein Brustbefund. Von Ende April bis Ende Juni Quacksalbereien. Am 28. VI. 1892 Pat. blass, abgemagert, im rechten Unterlappen feuchte Rasselgeräusche und an derselben Stelle Spur von Dämpfung; Fieber, das durch Schüttelfröste eingeleitet wurde, quälender Husten, zäher Auswurf. 30. VI. Bild eines Asthmatikers, Exspiration mit Anstrengung und Pfeifen. Dämpfung vergrössert, handgross, daselbst viele, theils schwer bestimmbare Geräusche;

beim Gähnen Stiche auf der ganzen Lunge, Fieber geringer. Durch Luftkur Besserung. Anfangs September: Zustand wieder sehr schlecht. Dämpfung rechts unten nimmt den ganzen Lappen ein, lautes Knattern, wie wenn man Glaskugeln durcheinander schüttelt; Nachtschweisse; äusseres Bild eines schweren Phthisikers. Vom 24./25. September: unter heftigem Husten plötzliche Entleerung eines Schoppens reinen Eiters per os und eines rauhen, spitzkantigen Knochenstückes von $1\,{}^1/_2$ cm Länge, $1\,{}^1/_4$ cm Breite, ${}^3/_4$ cm Höhe. Daraufhin grosse Besserung und fortschreitende Heilung, welche also durch Sequestrirung des Knochens zu Stande gekommen war.

Die gewöhnlich genannten charakteristischen Symptome bei Fremdkörpern in den Luftwegen: initialer Erstickungsanfall, Atelektase eines Lungenbezirks, plötzlich entstandene bedeutende Bronchiektasien, zeitweise mitten in ruhiger Athmung auftretende Anfälle von heftiger Dyspnoë etc. hatten bei diesem Pat. gefehlt, so dass man trotz der angegebenen Anamnese nicht an einen Fremdkörper dachte.

Aehnliche Sequestrirungen und Ausstossungen von Fremdkörpern aus der Lunge wurden schon mehrmals beobachtet und kommen auch bei den Calculi pulmonales verkalkter tuberculöser Herde vor.

Die Frage nach den Indicationen zur operativen Entfernung entscheidet F. dahin, dass er diese nur für chemisch oder physikalisch, z. B. durch Grösse und Schärfe, gefährliche Fremdkörper in Betracht kommen lassen möchte.

Ref. hat in seiner Praxis zwei nicht veröffentlichte Fälle von Fremdkörpern im unteren Ende der Trachea und obersten Ende des rechten Bronchus bei Kindern gesehen, wo beide Male, trotz der Unsicherheit des Thatbestandes, die Diagnose durch ein charakteristisches leises Schnurren unterhalb der rechten Clavicula sicher gestellt werden konnte, und sich auch erwies, indem das eine Kind nach 10 Tagen Wohlsein plötzlich erstickte, das andere nach 2 Wochen ein Stück Nussschale heraushustete. Beide Pat. waren vom Verf. sofort in das Spital geschickt worden, die Eltern des ersteren hatten aber nicht Folge geleistet.

JONQUIÈRE.

137) **Stickler. Tiefe Eröffnung der Trachea zur Entfernung eines Fremdkörpers. (Profound opening of the trachea for the removal of a foreign body.)** *Med. Record. Vol. XIV. No. 17. p. 541.*

Bereits referirt.

LEFFERTS.

138) **P. J. Bowers. Ein Fall von Tracheotomie. (Case of tracheotomy.)** *Cour. Record of Medicine. März 1893.*

Die Operation wurde zur Entfernung eines Vierpennystücks aus dem Bronchus vorgenommen.

J. W. SWIFT (LEFFERTS).

139) **O. M. Smith. Tracheotomie im Alter von 19 Monaten. Heilung. (Tracheotomy at 19 months. Recovery.)** *Virginia Med. Monthly. März 1893.*

Krankengeschichte eines Falles. Die Tracheotomie wurde 3 Tage nach dem Eindringen des Fremdkörpers gemacht; man fand den Fremdkörper unter der

Bifurcationsstelle der Trachea im rechten Bronchus, den er vollständig verstopfte. J. W. SWIFT (LEFFERTS).

140) **Maag** (Denmark). **Tracheotomia superior oder inferior. (Tracheotomia superior eller inferior.)** *Hospitals-Tidende. 12. April 1893.*

Der Verf. zieht die Trach. inferior vor, weil: 1) die T. inferior leicht, blutloser und eine regelrechtere Operation ist; 2) die Canüle wird an einer mehr rationellen Stelle eingeführt, weil sie so weit wie möglich von der zuerst ergriffenen Stelle entfernt liegt; 3) man riskirt dabei nicht, eine Laryngotomie anstatt einer Tracheotomie zu machen; 4) das Decanulement ist leichter bei der tiefen Tracheotomie auszuführen. Der Verf. hat ausgeführt:

3	mal die Tracheotomia	superior	mit	3	Todesfällen
12	- -	media	-	7	-
106	- -	inferior	-	49	-
3	„forcirte" Tracheotomien		-	3	-
In Sa. 124	Tracheotomien mit			62	Todesfällen.

SCHMIEGELOW.

141) **Wohlgemuth. Canüle für die Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 5. Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 8.*

Demonstration der von Dr. Hartstein in Oeynhausen construirten Canüle. Die äussere und die innere Canüle können jede für sich herausgenommen werden.

LANDGRAF.

142) **Thost** (Hamburg). **Ueber die Behandlung der Larynxstenosen nach Tracheotomie bei Kindern.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 20.*

Thost beschränkt sich auf die Besprechung der Granulations- und der Narbenstenose, gegen welche er die Intubation empfiehlt. LANDGRAF.

143) **E. Hagenbach** (Basel). **Ueber Retention der Secrete bei Tracheotomirten und Intubirten.** *Corr.-Bl. Schweizer Aerzte. H. 11. 1893.*

Verf. fügt den bisher bekannten Ursachen der Erschwerung des Décanulement eine fernere, bisher nicht genug betonte hinzu, nämlich die Retention von catarrhalischem Secret in der Trachea und in den Bronchien nach dem Versuch, die Canüle zu entfernen. Es entsteht dann Verbreitung des Bronchialcatarrhs über beide Lungen und meist auch Pneumonie. Ersterer verschwindet rasch wieder, wenn man die Canüle wieder einführt. Er beschreibt drei Fälle dieser Art, welche schliesslich ganz gut verliefen. Er könnte noch viele solche aufführen.

Es muss hervorgehoben werden, dass in diesen Fällen der Versuch des Décanulement immer sehr früh, schon am 4. und 5. Tage nach der Operation gemacht wurde, gemäss dem jetzigen Bestreben, die dem langen Liegenbleiben gerne folgenden Complicationen möglichst zu vermeiden. Diese Versuche führen vielleicht mit der Zeit nach grösseren Erfahrungen zu einer durchschnittlich richtigeren Erkenntniss des geeigneten Augenblicks zum Décanulement.

Aus dem gleichen Grunde der Retention von Secreten hauptsächlich, aber auch wegen der anderen oft genannten Uebelstände ist Verf. gegen die von ihm oft versuchte Intubation und er beschreibt einen für seine Ansicht allerdings sehr sprechenden Fall von Intubation. Von den Anhängern der Intubation hört man von dem Uebelstand der Retention der Secrete wenig oder nichts. Dieser Punkt dürfte von H. noch verfolgt und daher das Problem der Intubation von ihm noch längere Zeit hindurch studirt werden, als es bis jetzt geschehen zu sein scheint. Diese Frage ist namentlich bezüglich der ganz kleinen Kinder eine äusserst wichtige. JONQUIÈRE.

144) **M. Scheier** (Berlin). **Ueber Intubation des Kehlkopfes nach O'Dwyer.** *Therap. Monatsh. 1893. 1.*

Nach einem Vortrag, gehalten in der Berliner laryngologischen Gesellschaft. cf. die Verhandlungen derselben. A. ROSENBERG.

145) **J. Massei** (Neapel). **Die Larynxintubation bei Kindern und Erwachsenen. (L'intubazione laringea nei bambini e negli adulti.)** Neapel, Lezzi, 1893.

Die Arbeit enthält vier, vom Professor selbst corrigirte, auf der laryngologischen Klinik zu Neapel gehaltene und von einem Studenten niedergeschriebene Vorlesungen. Die erste befasst sich eingehend mit der Geschichte der Katheterismus- und Intubationsversuche, von Hippocrates an bis auf unsere Zeit. Die zweite zieht zunächst eine unparteiische Parallele zwischen der Intubation und der Tracheotomie beim Croup und giebt eine klare Darstellung der Vor- und Nachtheile, der Technik, Gefahren und Folgezustände der Intubation. Die dritte Vorlesung beschäftigt sich mit der Extubation, ihren Schwierigkeiten und den Mitteln, die letzteren zu überwinden, und kommt dann noch einmal zurück auf einige üble Zufälle, die sich während oder nach der Intubation ereignen können, wie z. B. das Verschlucken der Tube, Bruch der Kehlkopfknorpel, Intralaryngealabscesse, Heruntergetriebenwerden der Membranen, Pneumonie etc. Dann folgt eine Besprechung der Intubationsindicationen bei chronischen Larynxstenosen der Kinder, wie Syphilis congenita, Lupus, Papillomata. Die vierte Vorlesung ist der Intubation bei Erwachsenen gewidmet. Es werden deren Geschichte, Technik, Indicationen, Vor- und Nachtheile auseinandergesetzt. Dabei werden einige Aenderungen des Instrumentariums beschrieben, die M. für besondere Fälle gute Dienste geleistet haben, wo die vorausgegangenen pathologischen Processe das Kehlkopflumen nicht nur verengert, sondern auch deformirt hatten. Schliesslich werden die von Lichtwitz empfohlenen gefensterten Tuben zur Behandlung der Kehlkopfpapillome besprochen.

Die Schrift ist mit einer nicht unbeträchtlichen Menge gelungener Abbildungen versehen, die den Werth des Ganzen um vieles erhöhen. Sie wird gewiss bei allen Denjenigen Verbreitung finden, welche die Geschichte, Indicationen, Technik und den jetzigen Stand der Intubationsfrage etwas näher kennen zu lernen wünschen. TOTI.

146) **Maydl (Prag). Ueber die Intubation des Larynx als Mittel gegen das Einfliessen von Blut in die Respirationsorgane bei Operationen.** *Wiener medicin. Wochenschr. 1893. No. 2 u. 3.*

M. machte Versuche mit einem langen Katheter und mit einem weichen Rohre, die aber nicht günstig ausfielen. Endlich verwendete er eine 6 cm lange, schwachwandige, 3kantige Messingröhre von der Weite der Glottis; diese Röhre ist an ihrem buccalen Ende mit 2 durchlöcherten Flügeln versehen, in welche Löcher die Branchen einer Pean'schen Zange passen, so dass man die Röhre leicht in den Kehlkopf einführen kann. An das buccale Ende wird dann unter Vermittelung eines kurzen Ansatzes ein langer Schlauch befestigt, durch welchen die Narkose erfolgt.

Rings um die Röhre wird der Rachen sorgfältig mit Jodoformgaze austamponirt. Diese Vorrichtung bewährte sich bei vielen Operationen im Munde und Nase. Maydl räth sie auch an bei vorübergehenden Stenosen als Ersatz für die Tracheotomie.

Anmerkung des Referenten: Schon im Jahre 1880 empfahl ich das Einlegen der Schrötter'schen Röhren bei schwierigen Tracheotomien und beschrieb auch eine derartige Operation. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1881, H. 6, wo auch über andere Fälle von Tubage an Stelle der Tracheotomie berichtet wurde.) CHIARI.

147) **Eisenmenger (Wien). Zur Tamponade des Larynx nach Professor Maydl.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 5.*

E. bildet einen ähnlichen Apparat ab, den er im Sommer 1892 anfertigen liess, aber noch nicht verwendet hat. Er besteht aus einer Schrötter'schen Röhre, combinirt mit einem Trendelenburg'schen Tampon, und scheint ihm als festes Rohr leichter einzuführen und festzuhalten, als das gegliederte Rohr Maydl's. CHIARI.

148) **Zeller (Stuttgart). Trachealfistel.** *Med. Corr.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 12. 1893.*

Zeller stellte im Stuttgarter ärztlichen Verein ein 16jähriges Mädchen vor, welches seit dem 1. Jahre an Papillomen des Kehlkopfes und der Trachea litt und im 10. Jahre tracheotomirt werden musste. Erst vor einigen Monaten konnte die Canüle weggelassen werden; da sich die Fistel nicht spontan schloss, wurde die Bronchoplastik gemacht. Heilung. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

149) **Redactionelle Bemerkung. Die Function der Schilddrüse und die Therapie der Schilddrüsenerkrankungen. (The function of the thyroid gland and the therapy of thyroid disease.)** *Phil. Med. News. 11. Februar 1893.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

150) **Hofmeister. Zur Physiologie der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Referat über eine in den „Fortschritte der Medicin" 1892, No. 3 u. 4 enthaltene Arbeit, in welcher über Versuche berichtet wird, an Kaninchen die Wirkung der Exstirpation der Schilddrüse zu studiren. Die der Thyreoidea beraubten Thiere waren dicker und plumper, hatten einen aufgetriebenen Leib und zeigten constant bei der Section eine Hypertrophie der Hypophysis cerebri. Als wichtigstes Resultat stellte sich ein Zurückbleiben des ganzen Knochenwachsthums heraus.

Die Nebenschilddrüsen waren nicht mit entfernt. LANDGRAF.

151) **Wiesmann** (Herisau). **Ein Fall von Struma intrathoracica.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. H. 1. 1893.*

Pat., 59jährig, im Armenhaus, seit 40 Jahren Athembeschwerden, jetzt in hochgradigem Marasmus. Stirbt einige Tage nach der Untersuchung an diesem, nicht an Erstickung, ohne dass er operirt werden konnte. Zweifaustgrosser, fester, runder, isolirter Knoten, der bis auf den Herzbeutel herunterreichte, der vom zweiten bis zu den untersten Trachealringen die Trachea enorm nach rechts verbog und comprimirte, aber keine retrotracheale Entwickelung zeigte. Getrennt von diesem sitzt ein kleiner, harter Knoten rechts an den 3 obersten Trachealringen, ohne diese wesentlich zu beeinflussen. Der Fall wird insofern als ein Unicum bezeichnet, als der intrathoracale Knoten sich ohne Zusammenhang mit der Halsschilddrüse zeigt. Bei dem Pat. ist aber der Hals so kurz, dass die Trachea eben schon vom zweiten Ring an hinter dem Sternum und im Brustraum steckt. Es kann daher der obere Knoten als eines der nicht seltenen vereinzelten Nebenkröpfchen angesehen werden, während der tiefere die eigentliche Halsschilddrüse vertritt, also bezüglich der hervorgehobenen Zusammenhangslosigkeit der Knoten vielleicht nichts so Besonderes vorliegt. Laryngologisch ist nichts erwähnt. JONQUIÈRE.

152) **Arthur Wynne Foote** (Dublin). **Basedow'sche Krankheit. (Graves disease.)** *Dublin Journal of Med. Science. Februar 1893.*

Ein Wiederabdruck der Arbeit aus Vol. I. der zweiten Serie der International Clinics. P. MC BRIDE.

153) **C. W. Burr. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Philad. Polyclinic. 15. u. 25. Februar 1893.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **Paul Guttmann** (Berlin). **Das arterielle Strumageräusch bei Basedow'scher Krankheit und seine diagnostische Bedeutung.** *Deutsche medic. Wochenschrift. 1893. No. 11.*

Hört man in zweifelhaften Fällen über der Struma ein arterielles Geräusch, so ist es eine durch Basedow'sche Krankheit erzeugte Struma; hört man kein Geräusch, so ist es eine genuine Struma. LANDGRAF.

155) **J. S. Leonhardt. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit beim Manne. (Case of exophthalmic goitre in the male.)** *Memphis Medical Monthly. Mai 1893.*

Die relative Häufigkeit des Morbus Basedowii bei den beiden Geschlechtern wird von den verschiedenen Autoren verschieden geschätzt; im Durchschnitt kämen 12—14 weibliche Fälle auf 1 beim Manne. L. berichtet über einen Fall bei einem Manne, der durch innerlichen Gebrauch von Veratrum viride erheblich gebessert wurde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

156) **C. E. Cromelin. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit nebst Behandlung. (Case of exophthalmic goitre with treatment.)** *Lancet-Clinic. 18. März 1893.*

Der Pat. besserte sich unter folgender Behandlung: Ferrum reduct. 0,2 mit Tinct. Strophant. 3 Tropfen 3 mal täglich; gleichzeitig Application eines electrischen Stromes von 10 Leclanché'schen Zellen auf Kopf und Nacken 3 mal wöchentlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

157) **White. Paraplegie im Verlaufe von Morbus Basedowii. (Paraplegia supervening upon exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journ. 1. April 1893.*

Vorstellung des Patienten in der Midland Med. Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

158) **Marcus** (Pyrmont). **Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1893. No. 19.*

Kurzes Referat aus einem Vortrage auf dem Balneologen-Congress. M. verwirft die chirurgische Behandlung der Struma und die Operationen in der Nase bei Morbus Basedowii. LANDGRAF.

159) **Marcus** (Pyrmont). **Das Wesen und die Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 19, 20, 21, 22.*

M. spricht sich gegen die chirurgische Therapie aus ausser wenn die Struma die Luftröhre comprimirt oder vielleicht die Nase krank ist, weist auf die immer vorhandene nervöse Aufregung hin und betrachtet die Krankheit als eine Neurose, die besonders durch balneologische, hydrotherapeutische und andere interne Heilmittel behandelt werden soll. CHIARI.

160) **Marcus** (Pyrmont). **Das Wesen und die Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Deutsche med. Zeitung. 48. 1893.*

Ueberblick über die verschiedenen Anschauungen betreffs Entstehung und Wesen der Erkrankung. In therapeutischer Beziehung hebt M. die psychische Beeinflussung der Kranken hervor und die Balneotherapie. Die Besprechung der chirurgischen Therapie giebt M. Veranlassung vor allzu grosser Ausdehnung dieser Seite der Behandlung zu warnen. In der Discussion zu diesem Vortrage weist Senator darauf hin, dass bei Morbus Basedowii die Schilddrüse unzweifelhaft eine grössere Rolle spiele, als von manchen Seiten angenommen wird.

SEIFERT.

161) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Hahn. Monthly. März 1893.*

Eine Zusammenstellung der zu Gebote stehenden Medicamente.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

162) **Chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 8.* Discussion über den Vortrag von Dreesmann über obiges Thema (referirt in Vol. IX, p. 811).

Schultze neigt der Auffassung zu, dass zum grossen Theil die Erkrankung durch chemische von der erkrankten Schilddrüse gelieferte Producte erzeugt werde und begrüsst daher den Gedanken, die Krankheit operativ zu behandeln, mit Freude. Falls die Operation nütze, würde auch die Frage klarer werden, ob gewisse Nebensymptome zur Krankheit gehörten oder nicht; als ein solches Nebensymptom hat S. besonders die durch Opium nicht stillbaren Diarrhoen im Auge. Aber auch bei der Operation dürfe man die alten Mittel — Ruhe, Chinin, vielleicht Arsenik — nicht vernachlässigen.

Ungar erwähnt eines durch Kocher mit Unterbindung der 4 Art. thyreoideae operirten, geheilten Falles.

Trendelenburg knüpft einige chirurgisch wichtige Bemerkungen an.

LANDGRAF.

163) **Stierlin. Weitere Beiträge zur Strumaexstirpation bei Morbus Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Referat über 3 in der Züricher Klinik mit Erfolg operirte Fälle.

LANDGRAF.

164) **H. Determeyer. Ueber einen operativ behandelten Fall von Morbus Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Discussion über den Vortrag. Ibidem und *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 24.*

Einer 37jährigen, mit allen Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit behafteten Patientin exstirpirte Rotter die rechte, etwas grössere Hälfte der Struma nach Kocher's Methode. Der Erfolg war ein sehr guter. Die linke Hälfte der Struma verkleinerte sich. Der Erfolg hielt auch an, als die Kranke aus den günstigen Verhältnissen im Krankenhause resp. in der Pflegestation in ihre gewohnten beschränkten Verhältnisse zurücktrat. — Determeyer citirt noch 37 bisher operativ behandelte Fälle von Morbus Basedowii und kommt zu dem Schluss, dass in schweren Fällen der chirurgischen Behandlung der Vorzug zu geben sei.

In der Discussion berichtet J. Wolff über 5 von ihm operirte Fälle von Morbus Basedowii. In allen diesen Fällen war der Kropfrest nicht völlig zurückgegangen. W. hat Recidive gesehen nach zunächst anscheinendem Erfolge und will sich nicht für die operative Behandlung begeistern, wendet sich aber gegen die negirende Beurtheilung der Operation seitens der Neurologen.

J. Israel hält die Frau nicht für geheilt, ob sie gebessert sei, vermögen nur die Aerzte zu entscheiden, welche die Pat. vor der Operation gesehen haben.

LANDGRAF.

165) **H. Williams** (Nottingham). **Basedow'sche Krankheit und Myxödem. (Graves' disease and myxoedema.)** *Brit. Med. Jonrnal. 15. April 1893.*

Vortrag, gehalten in der Nottingham Med. Chirurg. Society; das vorliegende Referat giebt keine Einzelheiten. MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

166) **F. W. Taylor. Ein Fall von angeborener Missbildung des Oesophagus. (A case of congenital malformation of the oesophagus.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 19. Januar 1893.*

Das Kind lebte 2 Tage. Bei der Autopsie fand sich Folgendes: Eine Sonde sass 5 Zoll vom Naseneingang aus nach abwärts fest. Direct unter dem Ringknorpel waren Trachea und Speiseröhre fest durch Bindegewebe verbunden; Magen und Oesophagus wurden zusammen herausgenommen und untersucht. Der obere Theil der Speiseröhre endete blind an der Stelle der Vereinigung zwischen Trachea und Oesophagus. Der untere Theil der Speiseröhre hatte den normalen Durchmesser bis nahe an das untere Ende des oberen Theiles; dann aber war er geschlossen und hatte nur vorn an der oberen Grenze durch eine sehr enge Oeffnung eine Communication mit der Trachea. Von dieser Oeffnung an zog sich an der hinteren Wand der Trachea aufwärts eine flache Rinne. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167) **Ribbert** (Zürich). **Blind endigender Oesophagus. Demonstration an einem Neugeborenen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 6. 1893.*

Keine weitere Angabe. JONQUIÈRE.

168) **Huber** (Zürich). **Ueber das Oesophagusdivertikel.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 6. 1893.*

Sectionsergebniss bei einem 88jährigen Herrn, der nachweislich 25 Jahre an Schlingbeschwerden gelitten hatte. Derselbe war grosser Schnellesser. — Ueber dieses und zwei andere Präparate folgt Mittheilung im Deutschen Arch. f. klin. Med. JONQUIÈRE.

169) **J. Mintz** (Warschau). **Ein seltener Fall von einem Divertikel der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 10.*

Interessante Beobachtung eines 49jährigen Mannes, welcher seit 8 Jahren an Schluckbeschwerden und Erbrechen litt. Das Erbrochene resp. Ausgeheberte entsprach nie dem Mageninhalt. Beim Versuch der Durchleuchtung des mit Wasser gefüllten Divertikels gelangte M. zum ersten Mal in den Magen und gewann dann auch Mageninhalt. LANDGRAF.

170) **H. T. Butlin** (London). **Entfernung eines Pressionsdivertikels des Oesophagus. (Removal of a „pressure pouch" of the oesophagus.)** *British Med. Journal. April 29. 1893.*

In diesem von Butlin am 25. April 1893 der Medico-Chirurgical Society

berichteten Falle handelte es sich um ein Beispiel von Pressionsdivertikel, welches mittelst einer langen Incision am vorderen Rande des linken Sternocleidomastoideus entfernt wurde. Der Omohyoideus und die obere Schilddrüsenarterie wurden durchschnitten, die Carotis in ihrer Scheide zur Seite gezogen. Das Divertikel wurde leicht gefunden und von dem umgebenden Gewebe abgelöst. Nach seiner Entfernung wurde die Oeffnung im Oesophagus mit feinen Seidennähten geschlossen. Der Patient genas schnell und vollständig. — Soviel Butlin wusste, war dies die erste Operation der Art, die in England vorgenommen worden ist, und er kannte nur einen ähnlichen von v. Bergmann in Langenbeck's Arch. Vol. 43, H. 1, 1892 beschriebenen Fall. — Im Weiteren ging der Vortragende auf die Frage des Ursprungs dieser Divertikel, ihre Differenzen, die Technik der Operation und die Indicationen zu derselben ein.

In der Discussion frug Mr. Clement Lucas, ob die Stimme sich nach der Operation geändert hatte. Mr. Cock habe nach zwei Fällen von Pharyngotomie eine Stimmstörung gefunden, welche nach seiner Meinung durch Beschädigung des Recurrens zu Stande gekommen sei; der Sprecher aber hielt es für wahrscheinlich, dass eine Lähmung des Cricothyroideus vorgelegen habe, welche durch Durchschneidung des gleichzeitig mit der Arteria thyreoidea superior durchschnittenen Ramus externus des N. laryngeus superior zu Stande gekommen sei. — Sir Richard Quain erwähnte, dass er vor vielen Jahren der Pathologischen Gesellschaft ein Specimen und eine Zeichnung eines Divertikels vorgelegt habe, das von Izod (Bromley) beobachtet worden sei. — Mr. Godlee berichtete kurz über einen Fall, der mit dem vorgestellten allerdings nicht viele Aehnlichkeit hatte, und Mr. Barker frug, ob diese Divertikel sich in der Seiten-, wie in der hinteren Wand des Oesophagus fänden.

Mr. Butlin erwiderte, dass keine Stimmstörung in seinem Falle vorhanden gewesen sei. In dem Godlee'schen Falle handelte es sich seiner Ansicht nach um eine Strictur, welche secundär einer Erweiterung oberhalb der Verengerung gefolgt sei. Die Pressionsdivertikel entsprängen an der Grenze des Pharynx und Oesophagus und seien gewöhnlich nach hinten gerichtet. Kocher in Bern habe kürzlich zwei Fälle dieser Art erfolgreich operirt. Die Symptome der Affection seien durchaus prägnant, nichtsdestoweniger aber seien Fälle dieser Art öfters irrthümlich für Stricturen angesehen worden. SEMON.

171) **Schwarzenbach** (Zürich). **Zur operativen Behandlung und Aetiologie der Oesophagusdivertikel.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 24, 25 und 26.*

Nach Beschreibung des von Billroth operirten Falles vergleicht er ihn mit den anderen bekannten Fällen eingehend und kommt zum Schlusse, dass diese Divertikel einen congenitalen Ursprung haben. Eine unvollständige innere Halsfistel im Bereiche der 4. Kiemenfurche wird durch Pulsion langsam erweitert und erreicht im Alter, wenn das umgebende Bindegewebe laxer wird, eine bedeutendere Grösse. Doch kann auch eine echte Pharyngokele gelegentlich vorliegen. Für den congenitalen Ursprung in den meisten Fällen spricht aber der constante Sitz. Näheres ist im interessanten Original nachzulesen. CHIARI.

172) **Reichmann** (Warschau). **Ueber grosse selbstständige Divertikel des unteren Theiles der Speiseröhre.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 10.*

Nach Besprechung der Literatur erwähnt R. 3 Fälle, bei denen er primäre Divertikel des unteren Drittels des Oesophagus mit einem Füllraume von 500 resp. 200 resp. 100 ccm durch die Anamnese und Sondirung des Oesophagus nachwies. Der Oesophagus war nicht stenosirt, ausser wenn das Divertikel voll war; bei entleertem Divertikel glitt die Sonde leicht in den Magen. Der Inhalt des Divertikels enthielt nur manchmal Milchsäure, aber nie freie Salzsäure. R. betont, dass man bisher im unteren Theile des Oesophagus blos kleine Tractionsdivertikel fand, und dass erst Dr. Przewoski haselnussgrosse Divertikel des unteren Antheils des Oesophagus ohne Spuren von Traction nachwies.

CHIARI.

173) **W. Tschernow** (Kiew). **Ueber Narbenstenosen der Speiseröhre bei Kindern und deren Behandlung. (O rubzowich ssuscheniach pitschewoga u detei i ob ich letschenii.)** *Wratsch. 1893. No. 29—30.*

Bei einem 3 Jahre alten Knaben, der concentrirte Schwefelsäure getrunken und gleich darauf erbrochen hatte, trat nach $^3/_4$ Stunden in Gegenwart des Arztes nochmaliges Erbrechen von Schwefelsäure auf, die noch so concentrirt war, dass sie in die Bettdecke ein handtellergrosses Loch einbrannte. Wie es sich später zeigte, war die Schwefelsäure gar nicht in den Magen gedrungen, sondern wurde durch krampfhafte Contractionen im Oesophagus zurückgehalten. Die Narben des Oesophagus entstanden nicht in der ganzen Länge desselben, sondern nur aus den 3 engeren Stellen, weil der stark secernirte Schleim und die Eiweissstoffe durch die Schwefelsäure coagulirt wurden und eine feste Schicht bilden, die die darunter liegende Schleimhaut schützt. Die Krämpfe des Oesophagus können sehr lange dauern und die ätzende Flüssigkeit wird entweder erbrochen oder gelangt nach dem Nachlassen der Krämpfe in den Magen. Einen Monat nach der Verbrennung begann T. mit der Erweiterung und bediente sich der Sonden mit olivenförmigem Ansatz, denen T. den Vorzug vor anderen giebt. Verf. stiess beim Sondiren auf 3 Hindernisse, von denen die beiden ersten leicht überwunden werden konnten. Bei starkem Andrücken auf das 3. Hinderniss traten heftige Schmerzen ein, die den ganzen Tag anhielten und in deren Verlauf der Knabe ganz verfiel. Letzteres wiederholte sich jedesmal beim Forcirenwollen der 3. Stenose und T. erklärt diesen Zustand durch Krämpfe des Oesophagus; denn sobald diese nachliessen nahm Pat. etwas flüssige Speisen zu sich und fühlte sich leidlich wohl.

Schliesslich gelang es T. doch in den Magen zu kommen und Pat. erholte sich sehr schnell.

T. will mit den Erweiterungen des Oesophagus recht früh anfangen, solange noch Granulationen bestehen und bevor das Narbengewebe sich vollkommen ausgebildet hat und solange fortfahren, bis mindestens $^3/_4$ der normalen Oesophagusweite erlangt ist.

LUNIN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) David Newman, M. D. Bösartige Geschwülste des Halses und der Nase. (Malignant disease of the throat and nose.) Edinburgh and London. Young J. Pentland. 1892. pp. 218.

Das Werk giebt eine klinische und statistische Studie der malignen Strictur des Oesophagus, sowie des Krebses des Larynx, der Nasenhöhlen und der Tonsillen; für die Kenntniss aller dieser Erkrankungen ist das Werk von erheblichem Werth. Der Verf. giebt eine Auswahl von Krankengeschichten und hebt verschiedene Punkte, die die einzelnen Fälle von einander unterscheiden, hervor; man kann, wenn man das Buch zu Ende gelesen hat, bei jedem Fall, den man sieht, leicht auf einen der beschriebenen zurückgreifen. Bei Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Aortenaneurysma und intrathoracalen Geschwülsten als Ursache der Verstopfung der Speiseröhre ist Verf. der Ansicht, dass man in der Praxis da, wo eine einseitige Recurrenslähmung vorliegt, in 19 von 20 Fällen ein Aneurysma als Ursache annehmen darf. Wo eine sichere Diagnose unmöglich ist, räth Verf., den Fall als ein Aneurysma zu behandeln, da man in der Mehrzahl der Fälle damit Recht behalten werde.

Nach seinen Erfahrungen über die Electrolyse bei Oesophagusstricturen ist Verf. der Ansicht, dass dieselbe einen erheblichen Reiz ausübt, ohne dass sie jemals grossen Nutzen stiftet. Auch gegen die interne Oesophagotomie spricht sich Verf. aus, da sie in 32 ausgewählten Fällen eine Mortalität von etwas über 40 pCt. ergab. Ferner betont Newman die Gefahr, welche die theilweise Entfernung einer malignen Kehlkopfgeschwulst zu diagnostischen Zwecken mit sich bringt, wenn ihr nicht unmittelbar die totale Exstirpation folgt. Mit Butlin billigt der Verf. die atypischen Operationen bei dieser Erkrankung, „d. h. die Operationen, die in erster Linie die erkrankten Partien und ihre Umgebung zu entfernen suchen, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, dass gerade die Hälfte oder der ganze Kehlkopf exstirpirt wird.“

Der Verf. erwähnt weiterhin einen Fall, der nach seiner Anschauung die Ansicht zu unterstützen vermag, dass ein Myxom der Nasenhöhle sarcomatös entarten kann.

Das Kapitel über die maligne Erkrankung der Tonsillen enthält eine ausführliche Zusammenstellung der Literatur über diese Krankheit und ihre Behandlung. Der Verf. hebt die grosse Bedeutung einer frühen Diagnose hervor, die allein ein rechtzeitiges operatives Eingreifen ermöglicht. Verf. hat in 7 Jahren 10 Fälle dieser Art beobachtet. In 2 Fällen von Epitheliom der Tonsillen hat Verf. die Geschwulst mit dem Galvanokauter entfernt und die Pat. blieben 24 resp. 5 Monate ohne Recidiv.

Das Buch ist in einem klaren und gut durchgearbeitetem Style geschrieben und seine Lectüre dürfte jedem Nutzen bringen. E. Creswell Baber.

b) **Carl Fr. Th. Rosenthal** (Berlin). **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen, des Nasenrachenraums und des Kehlkopfs.** I. Band: Die Erkrankungen der Nase etc. Berlin 1892. II. Band: Die Erkrankungen des Kehlkopfes. Berlin 1893. A. Hirschwald.

Dem vor Jahresfrist erschienenen ersten Bande, in dem die gesammte Rhinologie behandelt wird, hat Rosenthal jetzt als zweiten Band ein kurz gefasstes Lehrbuch der Erkrankungen des Kehlkopfes folgen lassen, das sich gewiss derselben günstigen Aufnahme erfreuen wird, die der erste Theil bereits gefunden hat. Wir dürfen dies getrost behaupten, trotz der grossen Zahl von Lehrbüchern, die gerade in der letzten Zeit in unserem Specialgebiete erschienen sind. Denn der Verf. hat bei der Abfassung seines Buches ein bestimmtes Ziel vor Augen gehabt und wir glauben, er hat dieses Ziel erreicht: er schrieb nicht für den Specialisten, er schrieb für den allgemeinen Praktiker, für den Arzt, der nicht täglich Hals und Nase behandelt, sondern nur von Zeit zu Zeit unter vielen anderen Krankheiten einem Nasen- oder Kehlkopffall begegnet und der dann für seine Diagnose und mehr noch für seine Therapie eines Rathes bedarf. Der Arzt wird Alles, was er nöthig hat, in dem R.'schen Werke finden, vor allem kann er sich auf die therapeutischen Rathschläge, die R. ebenso ausführlich wie scharf und präcisirt giebt, unbedingt verlassen; sie zeugen von einem eindringenden Verständniss und von grosser praktischer Erfahrung. Aber dieser Vorzug des Buches ist auf der andern Seite auch sein Mangel. Die Therapie ist in den Vordergrund gerückt, die Symptomenbilder und die Geschichte des Krankheitsverlaufs sind noch ziemlich ausführlich und vor allem mit der gewünschten Prägnanz geschildert, alle theoretischen Punkte aber, die pathologische Anatomie, die Aetiologie u. s. w., sind schon recht kurz behandelt und so manche wissenschaftliche Streitfrage, die zur Zeit die Autoren beschäftigt, ist kaum erwähnt. Wir möchten es vermeiden, auf Einzelheiten einzugehen und begnügen uns mit diesem allgemeinen Hinweis, weil, wie gesagt, der Autor das Ziel, das er sich gesteckt, wohl nur in so vollem Maasse erreichen konnte, wenn er diese Mängel mit in Kauf nahm.

Besondere Erwähnung verdient die vorzügliche Eintheilung des Stoffes, die der Verf. gewählt hat und die sein Buch ausserordentlich übersichtlich macht.

Im ersten Band bespricht Verf. nach den verschiedenen entzündlichen Krankheiten die Hauterkrankungen der Nase, die für den Praktiker so wichtig sind und die doch in vielen Lehrbüchern nur so flüchtig behandelt werden, dann die konstitutionellen Erkrankungen der Nase, unter denen auch der Rotz und das Rhinosklerom eine Stelle gefunden haben, die Missbildungen, Frakturen, Geschwülste, Fremdkörper etc. Es folgt dann ein kurzes Kapitel, das den Nasenblutungen gewidmet ist; unter Vermeidung aller Wiederholungen, die gerade hier schwer zu umgehen sind, setzt Verf. die verschiedenen Ursachen des Nasenblutens und ihre Behandlungsmethode in klarer Weise auseinander. Nach den Störungen im Gebiete des N. olfactorius und des N. trigeminus werden dann die Reflexneurosen besprochen, wobei sich der Verf. einer anerkennenswerthen Zurückhaltung befleissigt: er erwähnt das nasale Asthma, den nervösen Schnupfen u. a. m., erwärmt sich aber nicht mehr, als Recht ist, für ein operatives Eingreifen, und

lässt auch die allgemeine und die lokale medicamentöse Therapie zu ihrem Rechte kommen. Die Krankheiten der Kiefer-, Stirn-, Keilbein- und Siebbeinhöhle bilden die zweite, die Krankheiten des Nasenrachenraums die letzte Abtheilung des ersten Bandes.

Die Eintheilung des zweiten Bandes entspricht soweit als möglich der des ersten. Die Abschnitte über die Entzündungen des Kehlkopfs (nur was der Autor über die Aetiologie des Croups zu sagen weiss, steht kaum auf der Höhe) sowie das Kapitel über die constitutionellen Erkrankungen und das über die Kehlkopfgeschwülste sind ganz besonders gelungen. In den beiden letzten Kapiteln, die die nervösen Störungen des Kehlkopfes behandeln, macht sich die Beschränkung schon störender geltend, die die Kürze des Raumes, sowie seine beständige Absicht, nur für den ärztlichen Gebrauch zu schreiben und sich nicht in zu vielen theoretischen Raisonnements zu ergehen, dem Verf. auferlegen.

Zum Schluss möchten wir einerseits noch die besonders im zweiten Bande zahlreichen und z. Th. sehr gelungenen Illustrationen erwähnen, andererseits unserer Verwunderung Ausdruck geben über die ausführlichen Literaturverzeichnisse, die im ersten Band etwa 18, im zweiten gar 36 Druckseiten in Anspruch nehmen und doch nach unserer Ansicht für den besonderen Zweck des Buches ganz überflüssig sind.

Alles in Allem dürfen wir unser Urtheil über das Rosenthal'sche Buch dahin zusammenfassen, dass es klar und aus reicher Erfahrung heraus geschrieben und von grossem praktischen Werthe ist, dass es deshalb den Specialisten interessiren wird, ohne ihm gerade Neues zu bieten, dass es dem Arzte aber und dem älteren Studirenden (für den Anfänger zur Einführung in unsere Disciplin ist es wegen seiner Kürze entschieden nicht rathsam) auf das Wärmste empfohlen werden darf. F. Klemperer (Strassburg i. E.).

---

c) Französische Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

Jahresversammlung in Paris am 2. und 4. Mai 1892.

Fauvel: Ein neues Symptom der Kehlkopflähmungen.

In jedem Falle, wo ein aphonischer Patient oder ein Mensch mit einer doppeltönenden, kreischenden Stimme einen lauchartigen, übelriechenden Athem hat, muss man an eine Lähmung der Kehlkopfmuskeln denken. (? Red.) F. hat dieses Symptom bei allen Kranken mit Kehlkopflähmung beobachtet. Er setzt diesen Geruch der Exspirationsluft auf Rechnung der Zersetzung der Secrete auf der Oberfläche der Bronchial- und Laryngealschleimhaut.

Moure: Kehlkopfabscess im Verlauf von Scharlach.

M. sah einen jungen Mann von 20 Jahren, der am 10. Tage eines Scharlachs dyspnoisch wurde in Folge eines Abscesses, der sich an der Basis der Epiglottis und an der oberen Partie des linken Taschenbandes gebildet hatte. Es bestand ein Oedem der Plicae ary-epiglotticae, Schmerz, Dysphagie und voll-

ständige Aphonie. Der Abscess entleerte sich spontan und der Kranke wurde gesund. Es ist diese Complication beim Scharlach sehr selten.

Lubet-Barbon: Die Brom-Aethyl-Narkose.

Redner bedient sich mit grossem Vortheil des Bromaethyls zur Narkotisirung von Kindern, bei denen adenoide Vegetationen operirt, oder die Amygdalotomie ausgeführt oder Polypen entfernt werden sollen. Um Zufälle zu vermeiden, muss man das Bromaethyl in kräftiger Dosis anwenden und nicht tropfenweise, wie das Chloroform.

Hicguet: Affection der Crypten in den Tonsillen.

Es handelt sich um ein 12jähriges Mädchen, das auf den Mandeln 7 oder 8 weissliche Flecken von etwas zerrissener Gestalt zeigte, welche die Crypten ausfüllten. H. dachte zuerst an eine Mycose der Mandeln, allein die mikroskopische Untersuchung erwies, dass es sich um verhornte Epithellamellen handelte.

Natier: Arthritis im Crico-arytaenoidgelenk; Heilung.

Eine 60jährige Frau erkrankte plötzlich mit Schmerzen im Kehlkopf. Man constatirte eine Ulceration der Schleimhaut an zwei Stellen und eine erhebliche Schwellung. N. leitete eine antisyphilitische Behandlung ein und erzielte bald eine bedeutende Besserung.

Joal: Febris tonsillaris und Purpura.

J. beobachtete 3 Kranke, den einen mit einer phlegmonösen Tonsillitis, die beiden anderen mit einfacher Mandelentzündung, die im Anschluss an ihre Rachenaffection ein Purpura - Exanthem an den unteren Extremitäten, am Abdomen und am Thorax bekamen. Diese Complication dürfte auf eine Intoxication mit den gelösten Giften, die die Bakterien absondern, zurückzuführen sein, sei es, dass diese Gifte direkt blutzersetzend wirken, sei es, dass sie die Vasomotoren beeinflussen.

Raugé: Corticale Kehlkopflähmungen.

Diese Lähmungen sind schwer zu erkennen, sie äussern sich nur durch vocale Störungen, niemals durch Symptome seitens der Athmung. Sie sind stets einseitig. Das betroffene Stimmband steht ganz still, sowohl bei der Phonation, wie bei der Athmung, und zwar ist es in einer respiratorischen Abductionsstellung immobilisirt, die der Cadaverstellung durchaus nicht ähnlich ist. Die dauernde Fixation eines Stimmbandes in Respirationsstellung genügt zur Charakterisirung einer corticalen Lähmung. (?? Red.)

Delie: Fibrocelluläres Sarcom in der Regio interarytaenoidea.

Der 73jährige Kranke hatte zwischen den Aryknorpeln eine gestielte Geschwulst von Kleinnussgrösse. Die Exstirpation wurde mit der Fauvel'schen Zange vom Munde aus ausgeführt. 8 Monate darauf ein Recidiv und Vornahme der Tracheotomie; der Tumor wuchs jetzt sehr schnell; der Kranke starb an einer intercurrenten Influenza.

Lacoarret: Syphilitische Condylome der Nasenhöhlen.

L. erinnert zuerst daran, dass die secundären Erscheinungen der Syphilis auf der Nasenschleimhaut selten sind; er berichtet dann über den Fall eines jungen Mannes, der gleichzeitig mit Plaques muqueuses condylomatöse Tumoren auf dem vorderen Drittel der Nasenscheidewand an der Vereinigungsstelle dieser mit dem Gaumen aufwies.

Beausoleil: Ausstülpung des Ventriculus Morgagni.

Es handelt sich um einen Kranken, der im Verlaufe einer acuten catarrhalischen Laryngitis neben den gewöhnlichen Symptomen einen Prolaps der Schleimhaut des linken Ventriculus bekam. B. weist darauf hin, dass solche Ausstülpungen ausser bei der Syphilis und der Tuberculose selten sind, glaubt aber, dass sie auch im Verlaufe einer einfachen catarrhalischen Laryngitis einmal vorkommen können.

Astier: Die Behandlung gewisser Verengerungen der Nasenhöhle.

Bei einem 14jährigen Mädchen war die Nasenhöhle absolut obliterirt. Die Operation wurde mittelst Feilen von 5—10 mm Kaliber ausgeführt, die nach Art der Bohrer der Zahnärzte in Bewegung gesetzt wurden. Ausser leichten Blutungen kam keine Störung vor.

Wagnier: Behandlung der Fibromyxome des Nasenrachenraums.

W. sieht diese Tumoren als sehr gutartige an; er bedient sich zu ihrer Entfernung einer galvanischen Schlinge, nachdem er sie vorher durch den in den Nasenrachenraum eingeführten Finger etwas geformt hat.

Luc: Sarcom der Mandel; Schwierigkeit der histologischen Diagnose.

Der Kranke hatte eine sehr umfangreiche Mandel, auf derselben eine Ulceration mit gezacktem Rande, die ganz das Aussehen einer malignen Geschwulst hatte. Ein Stück aus der suspecten Partie wurde von zwei Histologen untersucht, es zeigte nur die Charaktere einer tonsillären Hypertrophie, bestehend in einem abnormen Reichthum an lymphoiden Zellen in dem Reticulum der Drüse. 6 Monate später hatte die Geschwulst bedeutende Fortschritte gemacht, der Kranke konnte nicht operirt werden; er starb und eine neue Untersuchung ergab jetzt, dass ein Sarcom vorlag.

Ferras: Infectiöse Angina.

Ein 18jähriger Arbeiter hatte eine Angina von ganz einfachem Aussehen überstanden, im Gefolge derselben aber schwere Allgemeinerscheinungen mit ausgesprochener Herzschwäche bekommen. Bald danach klagte er über Neuralgien, besonders im Oberarm und über multiple Gelenkschmerzen, die ihn zwangen, das Bett zu hüten. Als letzte Complication trat eine Endocarditis ein, die auf eine ableitende Behandlung hin verschwand. Als Mittel gegen die Angina empfiehlt F. das Naphthol.

Vacher: Ein seltener Fall von Ulceration eines Stimmbandes.

Eine 27jährige Frau, aphonisch, zeigte an der Insertion des rechten Stimmbandes am Aryknorpel eine scharf ausgeschnittene Ulceration, wie wenn das Stimmband völlig von seiner Ansatzstelle losgelöst wäre.

Suarez de Mendoza: Ueber einige Unzuträglichkeiten beim Gebrauch der Nasendouche und über die Mittel, sie zu vermeiden.

Redner hat öfters Otitiden gesehen, die durch den Gebrauch der Nasendouche entstanden waren; es liegt dies entweder an dem Mangel an Durchgängigkeit der Nasenhöhle oder an der Anwendung eines zu starken Druckes beim Injiciren der Flüssigkeit. Zur Vermeidung dieses Uebelstandes muss man, ehe man die Weber'sche Douche verordnet, die Nase rhinoskopisch untersuchen und zweitens muss man einen Apparat gebrauchen lassen, der eine Modificirung des Druckes zulässt.

Polo: Die Einstäubungen bei der Behandlung der Diphtherie.

Demonstration eines Instrumentes. P. hat abwechselnd Dämpfe von einer schwachen Carbolsäurelösung und von einer Infusion von Eucalyptusblättern gebrauchen lassen; die Dämpfe müssen fortwährend unterhalten werden, und diesem Zwecke dient das Instrument, das P. vorzeigt.

Garel: Lupus des Kehlkopfes.

G. berichtet über 2 Beobachtungen; im ersten Falle handelt es sich um einen primären Lupus des Kehlkopfes ohne Ausbreitung auf die benachbarten Schleimhäute des Rachens; die Diagnose stützte sich auf das Aussehen des Kehlkopfes und die mikroskopische Untersuchung eines von der Epiglottis entfernten Knötchens. Im zweiten Falle war der Lupus ebenfalls noch auf den Kehlkopf beschränkt, aber der Kranke hatte früher bereits einmal Lupusknötchen auf der Haut gehabt.

Cartaz: Die Behandlung der chronischen Abscesse der Kieferhöhlen.

In den Fällen von chronischer Eiterung der Kieferhöhle mit purulentem und fötidem Ausfluss empfiehlt C. eine breite Eröffnung von der Fossa canina aus zur Ausführung eines gründlichen Curettements. C. hat zweimal in dieser Weise operirt und der Erfolg war beide Male ein guter. E. J. Moure.

---

d) British Laryngological and Rhinological Association.

Versammlung vom 10. März 1893.

(Journal of Laryngology. April 1893.)

Vorsitzender: Dr. Sandford.

Lennox Browne sprach über einen Fall von Lupus des Gaumens, der Zunge und der Nase, den er in Behandlung hatte. Es schlossen sich an die Vor-

stellung einige kurze Bemerkungen an, in denen auf die Möglichkeit einer specifischen Infection hingewiesen wurde; im Allgemeinen aber herrschte die Meinung, dass es sich um einen Fall von Lupus handle.

Mc Neill Whistler stellte einen Fall von Kehlkopfstenose bei einem 14jährigen Knaben vor; es war 5 Jahre vorher wegen einer Verstopfung des Kehlkopfes durch einen verschluckten Kirschkern die Tracheotomie gemacht worden.

Woakes berichtete über zwei Fälle von nasalen Reflexen; im ersten bestand ein „nasaler Husten“, im anderen Asthma, beidemal aus nasalen Ursachen. — Dundas Grant und Lennox Browne, die zur Discussion sprachen, erwähnten ähnliche Fälle aus ihrer Praxis.

Der Vorsitzende besprach: 1) einen Fall von Papillom der Nase mit Demonstration der pathologisch veränderten unteren Muschel; und 2) einen Fall von Fractur des Schildknorpels infolge von direktem Trauma.

Dundas Grant und Wyatt Wingrave berichteten über einen Fall von Pharynxmycose.

W. Robertson besprach einen Fall von Nasenrachenraumgeschwulst bei einer 65jährigen Dame, bei der er den Tumor mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt hatte. Wingrave hatte die Geschwulst mikroskopisch untersucht und als Myxosarcom angesprochen.

Schliesslich machte W. Wingrave vorläufige Mittheilungen über seine Untersuchungen betreffs der pathologischen Anatomie der Hypertrophien und Atrophien der Nasenmuscheln.

Redner beschäftigt sich zuerst mit der hypertrophischen Erkrankung und berichtet ausführlich über das Resultat seiner histologischen Untersuchungen an einer grossen Anzahl von Präparaten. Er fand zumeist einen Zustand, den er als „Varix der Muschel“ bezeichnet. In einer grossen Anzahl von Präparaten fand sich folgendes: Die muskulären Schichten der Wand der venösen Gefässe waren in einem vorgeschrittenen Zustand mucoider Atrophie. An Stelle der Muskelfasern fand sich manchmal nur Bindegewebe, während an anderen Stellen eine allgemeine schleimige Degeneration die gesammte Dicke der Gefässwand ergriffen hatte und bis in das Lumen vorzudringen schien, ohne dass vorher eine Ersetzung durch Bindegewebe stattgefunden hatte; an diesen Stellen waren die Blutsinus vollständig zerstört oder ganz bedeutend ausgedehnt.

Bei der Untersuchung von Fällen von atrophischer Rhinitis bemerkte Redner in der lymphoiden Schicht runde hyaline Körper (öfters in Gruppen angeordnet), die eine Orangefarbe annahmen; diese schienen, wo sie sich fanden, einen activen Reiz auf die benachbarten Zellen auszuüben. Redner hält diese Körper für wahrscheinlich parasitären Ursprungs; ob aber ihre Anwesenheit blos accidentell ist oder ob sie die eigentliche Ursache der Krankheit darstellen, vermag er bisher nicht zu entscheiden.

Mackenzie Johnston.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, December. 1893. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **IV. Jahresbericht aus Dr. Stetter's Ambulatorium und Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Rachenkranke.** Königsberg, Hartung. 1893.

Laaser berichtet über 350 Patienten mit Nasen-, Nasenrachenraum- und Rachenleiden. Den statistischen Mittheilungen schliesst L. einige Bemerkungen über die Verbiegungen der Nasenscheidewand und über die eiterige Nasenentzündung an. Von Empyem der Highmorshöhle kamen 8 Fälle zur Beobachtung. Adenoide Vegetationen werden meist mit Lange's Ringmesser entfernt.

Kafemann fügt seiner Statistik über 197 Halskranke einige Bemerkungen über die chirurgische endolaryngeale Behandlung der Kehlkopfphthise an. Das Instrumentarium bestand in möglichst einfachen schwachen Curetten und Löffeln. Ausser der chirurgischen Behandlung machte K. Gebrauch von Milchsäure, Resorcin, Menthol und Kreosot in hohen Dosen.

Die directe Behandlung chronischer und acuter Tracheitiden und Bronchitiden mit Einspritzung von ätherischen Medicamenten (Menthol und Eucalyptol in Olivenöl) durch die Glottis hindurch empfiehlt K. auf das Wärmste.

SEIFERT.

2) **G. Strazza** (Genua). **Bericht (für 1892) aus dem Ambulatorium des Spitals S. Andrea. (Resiconto dell'Ambulatorio dell'Ospedale S. Andrea [Anno 1892]).** *Arch. it. di Otologia. 1893. No. 3.*

78 Nasen- und Nasenrachenraum-, 85 Mund-, Pharynx- und Larynxfälle. Hervorzuheben: 1. Fall von Fibrosarcom des knorpeligen Septums; 2. Nasentuberculose; 3. syphilitische Narben im Nasenrachenraum; 4. Papillom des linken Stimmbandes; 5. hysterische Aphonie; 6. hysterische Stummheit. TOTI.

3) **Cimmino-Cozzolino** (Neapel). **Statistischer Bericht über die in den Schuljahren 1891—92—93 behandelten Ohr-, Nasen- und Halskrankheiten.** *Raccoglitore Medico. 1893. Bd. VI. No. 3, 4 u. 5.*

Von den die Leser des Centralblatts interessirenden Fällen wird nur die Zahl angegeben. TOTI.

4) **J. Halliday Croon** (Edinburgh). **Beobachtung eines Foetus ohne Kopf und Herz. (Note of a case of acephalic and acardiac foetus.)** *Edinburgh Medical Journal. März 1893.*

Der Fall hat nur entwicklungsgeschichtliches Interesse. P. MC BRIDE.

5) **J. W. Ballantyne** (Edinburgh). **Beiträge zur fötalen Pathologie und Teratologie. (Studies in foetal pathology and teratology.)** *Edinburgh Med. Journ. März 1893.*

Die Deformitäten des Mundes und der Nase finden in dem Artikel mehrfach Erwähnung. P. MC BRIDE.

6) **H. Weiss** (Wien). **Akromegalie. Demonstration eines Falles.** Sitzung der Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 17. Februar 1893. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 8.*

Der schon von Virchow, Moebius u. A. gesehene Fall zeigt plumpes, oblonges Gesicht, fleischige Zunge, unförmige Hände und Füsse. CHIARI.

7) **E. Mundt** (Kopenhagen). **Ein Fall von Hemiatrophia facialis progressiva. (Et Tilfaelde af Hemiatroph. facialis prog.)** *Hosp.-Tidende. 1893. S. 74.*

Die Hemiatrophie hatte auch die Zunge ergriffen. Die rechte Hälfte war stark atrophisch. SCHMIEGELOW.

8) **Newton Pitt** (London). **Pseudo-Bulbärparalyse, wahrscheinlich in Folge einer Läsion in beiden Hemisphären. (Pseudo-bulbar paralysis probably due to a lesion in each cerebral hemisphere.)** *British Medical Journal. May 20. 1893.*

Pitt berichtete vor der Clinical Society of London am 12. Mai 1893 ausführlich den Fall eines Mannes von 50 Jahren, der schon vorher demonstrirt worden war. Um Weihnachten 1892 hatte er einen Anfall leichter rechtsseitiger Hemiplegie ohne Aphasie, und im Februar des folgenden Jahres einen anderen Anfall von Parese des linken Armes und des Gesichts, ohne Verlust des Bewusstseins. Seit der letztgenannten Gelegenheit war er vollständig unfähig gewesen, die Muskeln des Gesichts, der Lippen, der Zunge, des Pharynx und des Larynx willkürlich zu bewegen.

Die Reflexbewegungen aber waren sämmtlich ungestört. Die Muskeln waren nicht atrophisch, es waren keine fibrillären Zuckungen vorhanden und die electrischen Verhältnisse waren normal. Der Patient litt an chronischer Nephritis; er wurde ausschliesslich mittelst der Schlundsonde ernährt.

Der Vortragende besprach die Literatur des Gegenstandes, besonders den Abstract von Boulay's Arbeit im 14. Bande von Brain, pag. 352. Diese Fälle seien von denen der gewöhnlichen progressiven Bulbärparalyse verschieden, spe-

ciell in der Anamnese, welche auf zwei verschiedene einseitige Anfälle und auf den plötzlichen Ursprung der Krankheit hinwiese, sowie in dem Mangel aller trophischen degenerativen Veränderungen in den Muskeln. Die Läsionen erwiesen sich gewöhnlich als Erweichungsherde oder Blutungen, am häufigsten im äusseren Drittel jedes Nucleus lenticularis; sie könnten aber auch in dem zweiten und dritten Lobus frontalis gelegen sein. Die Paralyse in dem gegenwärtigen Falle sei completer und ausgedehnter, als in den bisher berichteten Fällen, welche den zweiten Anfall mehr als ein paar Tage überlebt hätten. Die Discussion förderte nichts besonderes zu Tage.

Die Lektüre dieses Falles im British Medical Journal war für den Referenten von höchstem Interesse, da es sich in diesem Falle in der That um ein echtes Beispiel der corticalen Kehlkopflähmung zu handeln schien, die in den letzten Jahren so vielfach laryngologische Gemüther bewegt hat, und da die Angaben des Vortragenden so völlig auf die Ansichten passten, welche sich der Referent nach den Ergebnissen von Horsley's und seinen Versuchen über diese Frage gebildet hat. Hier war eine doppelseitige Läsion, zu vermuthen in den Bahnen, die von den Rindencentren für die Phonation zur Medulla hinab führen, und hier waren, nach dem Bericht, die Erscheinungen, die er selbst unter solchen Umständen mit Sicherheit erwarten würde, nämlich Lähmung der willkürlichen Function des Kehlkopfs mit Erhaltensein der Reflexbewegungen, in anderen Worten: eine organische, oberhalb der Medulla gelegene doppelseitige Läsion, deren Effect genau derselbe war, was wir bei den functionellen Affectionen dieser Theile (z. B. der hysterischen Aphonie) täglich sehen. — Da ein Befund der thatsächlichen Verhältnisse im Kehlkopf in dem obigen kurzen Bericht aber nicht gegeben war, so wandte sich der Referent an Dr. Pitt mit der Bitte, ihm die Gelegenheit zu geben, den Patienten selbst zu untersuchen, und Dr. Pitt willfahrte diesem Wunsche auf's Bereitwilligste. Als der Referent den Patienten am 27. Mai untersuchte, waren aber seit dem zweiten Anfall mehr als drei Monate verflossen, und, — ohne Zweifel infolge mittlerweile stattgehabter Resorption der Blutergüsse in den Hemisphären, — eine so bedeutende Verbesserung eingetreten, dass definitive Schlüsse leider nicht mehr möglich waren. Der Patient kann gegenwärtig willkürlich den Mund öffnen, die Schlingmuskeln bis zu einem gewissen Grade willkürlich bewegen, und das Laryngoscop, das bei der ruhigen Respiration die gewöhnliche Ruhestellung der Stimmbänder zeigt, erschloss auch, dass sowohl bei der tiefen Inspiration wie bei der Phonation die Stimmbandbewegungen sich in vollständig normaler Weise vollziehen. Es bleibt im höchsten Grade bedauerlich, dass während der Periode der vollständigen Lähmung der willkürlichen Bewegungen des Gesichts, der Lippen, des Mundes und der Zunge, es vollständig unmöglich war, wie Dr. Pitt dem Referenten auf seine bezügliche Frage freundlichst mittheilte, eine laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen, obwohl Pitt, dem wir bekanntlich die enorm interessante Thatsache verdanken, dass es sich beim Kehlkopfkrampfe der Hydrophobie um einen Krampf der Glottisöffner handelt, es an Versuchen nicht hat fehlen lassen, auch in diesem Falle einen Einblick in den Larynx zu gewinnen. — So kann auch dieser Fall nicht als beweiskräftig für die Streitfrage der corticalen Kehlkopflähmungen

herangezogen werden. Der Referent aber möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, wie wünschenswerth es wäre, in ähnlichen Fällen, die naturgemäss sehr selten bleiben werden, da die Patienten gewöhnlich den zweiten apoplectischen Anfall nicht lange überleben, sobald als möglich die Verhältnisse im Kehlkopf einer Spiegeluntersuchung zu unterziehen. — Uebrigens geht Pitt's Patient seinem Ende infolge seines Nierenleidens entgegen, und die Obduction, über deren Resultat der Beobachter dem Referenten freundlichst Mittheilung zu machen versprochen hat, wird jedenfalls Aufklärung über den genauen Sitz der doppelseitigen Läsion bringen, die dann den Lesern des Centralblatts so schnell wie möglich zugänglich gemacht werden soll. SEMON.

9) **Nothnagel** (Wien). **Ueber Bulbär-Paralyse.** Klinische Vorlesung. *Allgemeine Wiener med. Zeitung. 1893. H. 3 u. 4.*

Nichts Neues. CHIARI.

10) **Charcot** (Paris). **Der Symptomencomplex der progressiven Bulbärparalyse bei der Tabes.** Aus *Progrès Médical. 17. Janvier 1893* übersetzt in der *Internat. klin. Rundschau. 1893. No. 28.*

Nichts Neues. CHIARI.

11) **Puschmann** (Wien). **Die Influenza im Alterthum.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 13.*

P. bringt die Uebersetzung einer Stelle aus dem Buche des Gerasimos Phokas über die Grippe in Perinthos, die wahrscheinlich lange vor Christi Geburt diese Stadt heimsuchte. Die sorgfältigen Citate des gelehrten Autors weisen nach, dass sonst nirgends im Alterthume die Influenza wissenschaftlich geschildert wurde. Näheres im Originale. CHIARI.

12) **Loebl** (Wien). **Ueber den therapeutischen Werth der Gurgelungen.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1893. No. 33.*

L. tritt der Ansicht von Kantarowicz entgegen, dass beim Gurgeln höchstens die vordern Gaumenbögen und die Uvula getroffen werden. Durch Versuche mit Heidelbeersaft hat er an sich festgestellt, dass auch die hintere Rachenwand und die Mandeln bespült werden. Doch giebt es viele individuelle Verschiedenheiten. CHIARI.

13) **Irsai. Medicamentöse Inhalationen. (Medicated inhalations.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1893.*

Die Beobachtungen von Dr. A. Irsai über die Wirkungen von Inhalationen verschiedener Substanzen auf die Lungen und die Luftwege zeigen, dass fast unmittelbar nach wenigen Inhalationen von Luft, die mit Terpenthin imprägnirt ist, die Lungen blass werden, dass sie aber nach Zuführung reiner Luft ihr gewöhnliches Aussehen bald wiedergewinnen; eine Wiederholung der Zufuhr von Terpenthindämpfen hat dieselbe Folgen, wie das erste Mal. Der Grund der Blässe ist nach des Autors Meinung ohne Zweifel eine spasmodische Contraction der Lungengefässe, wahrscheinlich infolge von peripherer Einwirkung. Wenn Juniperusoel oder Oel von Pinus sylvestris zur Verwendung kam, erhielt man ganz

ähnliche Resultate, nur schwächeren Grades. Das letztere indess wird für ein stärkeres vasoconstrictorisches Mittel angesehen, als das Terpenthinöl. Mit Eucalyptusöl, Anisöl, Pfefferminzöl und Menthol wurden kaum Veränderungen in der Farbe der Lungen erzielt. Bei Versuchen mit Thymusöl und Thymol erfolgte nach 3 oder 4 Inspirationen eine deutliche Röthung, die bei weiterer Anwendung des Mittels noch zunahm. Creosot und in noch stärkerem Maasse Guajacol erzeugten eine Röthung des Gewebes, wobei es sich um eine rapide Erschlaffung der Gefässe und eine starke Hyperämie der Lungen handelte. Aus diesen Beobachtungen schliesst I., dass bei acuten catarrhalischen Affectionen mit Schwellung, Hyperämie und profuser Secretion, Substanzen zur Inhalation ausgewählt werden müssen, die Anämie erzeugen, dass aber bei torpiden chronischen Zuständen oder bei Phthise, wo die Blutzufuhr und die Ernährung von Theilen der Lunge mangelhaft ist, Substanzen, die Hyperämie machen, anzuwenden sind. Natürlich ist mit grösster Vorsicht und Wachsamkeit vorzugehen, wenn man Creosot oder Guajacol in Fällen verordnet, in denen eine Neigung zu Blutungen besteht.

LEFFERTS.

14) **James M'Naught** (Waterfoot). **Ueber intralaryngeale Injectionen von Guajacol und Menthol bei fötidem Zustande der Sputa. (On intralaryngeal injections of guajacol and Menthol in foetid conditions of the sputa)** *British Med. Journal. 24. Juni 1893.*

Ein Fall von Bronchitis mit fötidem Sputum mittelst der intralaryngealen Injectionen erfolgreich behandelt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

15) **V. Cozzolino** (Neapel). **Mikrocidin und Chlornatrium gegen mikrobische, besonders pyogenische Processe des Ohres, der Nase und des Halses. (La microcidina e il cloruro di sodio per i processi microbici, massime piogeni, dell'orecchio, del naso e della gola.)** *Riforma medica. 1893. No. 50.*

Ein grosser Vortheil des Microcidins als Antisepticum soll in seiner Alkalinität, im Vergleich zu den anderen, sauren oder neutralen, Antisepticis bestehen. Es ist nach C. das Antisepticum der Zukunft. Bei Nasenkrankheiten und Affectionen der Nebenhöhlen hat er die Wirkung einer $^1/_2$—1—2procent. Lösung derjenigen der Borsäure und des Sublimats weit überlegen gefunden. Bei Tonsillitis, Diphtherie und anderen Rachenkrankheiten hat er gute Erfolge von der Anwendung $2^1/_2$—3procentiger Lösungen gehabt. Nach der Tonsillotomie hat er durch Einstäuben des Mittels erzielt, dass sich keine Entzündungserscheinungen auf der Schnittfläche einstellten, und die Operirten kein Fieber bekamen. Auch bei Retropharyngealabscessen (!) ist das Microcidin von grossem Nutzen. In der Armenpraxis verschreibt C. aus ökonomischen Rücksichten, bei acuten Processen 10—15proc., bei chronischen 20—25proc. Lösungen von Chlornatrium, dessen Wirkung als etwas schwächer sich herausgestellt hat, als diejenige des Microcidins.

TOTI.

16) **F. F. Casseday. Heilmittel für Nase und Hals. (Therapeutics of the nose and throat.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngol. April 1893.*

Eine Liste von homoeopathischen Mitteln, W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Raede** (Berlin). **Eine Tracheotomie wegen Lysolvergiftung.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirur. 36. Bd. 5. 6. 1893.*

Ein 10 Monate altes Kind hatte aus Versehen einen Kinderlöffel reinen Lysols bekommen. Auf die Abtheilung von Prof. Rose aufgenommen wurde das Kind ungefähr 18 Stunden nach der Vergiftung mit den Erscheinungen hochgradiger Athemnoth, welche die Tracheotomie erforderte. Am Abend des gleichen Tages traten Convulsionen, später Sopor ein; Exitus ungefähr 30 Stunden nach der Vergiftung. Bei der Section fand sich Anätzung des Zungengrundes, des Gaumens, des Rachens, der Speiseröhre und Glottisödem.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Weinlechner** (Wien). **Demonstration eines Falles von Rhinoplastik wegen Lupus.** Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 28. Juni 1893. — *Wiener klinische Wochenschr. 1893. No. 26.*

Partielle Rhinoplastik aus der Stirnhaut. CHIARI.

19) **Ficano** (Palermo). **Schleimcyste der rechten Nasenhöhle. (Cisti mucosa della fossa nasale destra.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1893. No. 8.*

Die Cyste hatte sich im hintersten Theile des mittleren Nasenganges entwickelt und wurde mit der Schlinge abgetragen. Sie war entstanden durch Erweiterung einer Schleimdrüse, wie die histologische Untersuchung demonstrirte.

TOTI.

20) **S. E. Allen. Die Pathologie der Nasenpolypen. (The pathology of nasal polypi.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 7. Januar 1893.*

Die Nasenpolypen sind keine myxomatösen Tumoren, denn in ihnen ist kein Mucin enthalten und es kann deshalb in ihnen auch nicht die mucoide Degeneration statthaben, die aber das charakteristische und unterscheidende Merkmal der Myxome ist.

Wenn die Polypen überhaupt als Neubildungen angesehen werden, müssen sie als weiche Fibroide gelten. Allein sind sie denn Neubildungen im gewöhnlichen Sinne des Wortes? Ein Nasenpolyp besteht aus 1. den normalen Bestandtheilen der Schleimhaut, die gewuchert hat und deren Elemente an Zahl vielleicht vermehrt sind; 2. einer Rundzelleninfiltration und einer entzündlichen Leukocytenanhäufung; 3. einer albuminoiden Flüssigkeit, die die Hauptmasse des Gewebes ausmacht. Warum sollen wir nun eine derartige Bildung überhaupt für ein Neoplasma halten? Warum sie nicht einfach als ein Entzündungsproduct ansehen? Worin denn könnte eine entzündliche Bildung sich der Structur nach überhaupt von dem, was wir im Polypen finden, unterscheiden? Der entzündliche Ursprung der Polypen ist von G. Mac Donald und von Zuckerkandl anerkannt worden; Hopmann, Chiari und andere halten die Polypen für weiche Fibroide.

A. glaubt nicht, dass ein Nasenpolyp, wenn er mit dem Stiele abgetragen ist, je recidivirt. Wird nur die Krone des Polypen abgeschnitten, so kann die Wunde darüber sich glätten, aber die neue Exsudation dilatirt das Gewebe bald wieder; doch ist der Polyp wirklich am Stiel abgeschnitten, so wird er nie recidiviren.

Wenn die Schleimhaut der Nase erweicht, ödematös und zur Bildung von Polypen prädisponirt ist, so wird die Abtragung eines Polypen einfach einem angrenzenden, ebenfalls entzündeten Schleimhautstückchen den Anlass geben, jetzt zu einem Polypen sich auszubilden; doch dies ist kein Recidiv. Die Heilung kann nur so erfolgen, dass man die Ursache der Entzündung beseitigt, sei diese nun in einer Erkrankung des Knochens oder in einer purulenten Absonderung aus einer der mit der Nase in Verbindung stehenden Höhlen (Antrum und Stirnhöhle) oder in einem lokalen Processe gelegen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **Spencer Watson** (London). **Ein ungewöhnlicher Fall von Nasenpolyp. (An unusual case of nasal polypus.)** *Brit. Med. Journ. April 29. 1893.*

Das einzige Ungewöhnliche bei dem Fall, welcher am 24. April 1893 der Medical Society of London vorgelegt wurde, scheint die Gestalt der Polypen gewesen zu sein, welche in den Nasenrachenraum hineinragten. Dieselben waren fingerförmig statt der gewöhnlichen Birnenform. SEMON.

22) **Ritter** (Berlin). **Ein Fall eines in das Antrum hineingewucherten Nasenpolypen.** *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Juni 1893.*

Bei einem 23jährigen Mann, bei welchem anfangs die Diagnose auf Sarcom des Oberkiefers gestellt worden war, ergab sich bei Eröffnung des Antrum, dass es sich um einen gutartigen Tumor handelte, der von der Nasenhöhle in das Antrum hineingewuchert war. SEIFERT.

23) **George Stoker** (London). **Weiche Nasenfibrome. (Soft fibromata from nasal fossa.)** *Brit. Med. Journal. March 25. 1893.*

Stoker berichtete der Pathological Society of London am 21. März 1893 über einen Fall einer älteren Dame, welche nach vorangegangener Pleuritis und Pneumonie Blut zu spucken begann. Das Blut, welches vermeintlich aus den Lungen kommen sollte, stammte in Wirklichkeit aus der Nase. Dort zeigte die Untersuchung eine papilläre Neubildung, die „von den mittleren und unteren Muscheln ausging". Dieselbe wurde mit der Schlinge entfernt, worauf schwere Blutung erfolgte. Ein Recidiv wurde ohne Blutung mit der galvanischen Schlinge entfernt, und hiernach wurde kein weiteres Leiden bemerkt.

(Vorstehendes ist eine wörtliche Uebersetzung des Berichts im British Medical Journal). SEMON.

24) **Le Bec. Osteom der Nasenhöhlen. (Osteome des fosses nasales.)** *Archiv. internat. de laryngologie. No. 1. 1893.*

Klinische Beobachtung eines Falles von Osteom, das eine vollständige Deformation des Nasengerüstes und Störungen im Gebiete des Gesichtssinnes her-

beigeführt hatte. Der Tumor wurde mit Hammer und Meissel entfernt, er hatte die Grösse eines Hühnereies und bestand theils aus festem, theils aus spongiösem Knochengewebe.

E. J. MOURE.

25) **N. E. Mc. Vey. Nicht-maligne Geschwülste der Nase. (Non-malignant growths of the nose.)** *Kansas Med. Journal. April 1893.*

Nichts Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **M. Stukowenkow** (Kiew). **Ein Fall von Rhinosclerom. (Slutschai rhinoscleromi.)** *Wratsch. 1893. 1.*

Demonstration eines Pat., der mit Arsenik-Injectionen behandelt wurde. Angefangen wurde mit einer Lösung von 1 : 100 und gestiegen bis auf 12 : 100. Im Ganzen hatte Pat. 160 Injectionen erhalten. Die Injectionen waren schmerzhaft, doch sehr wirksam. Die harten Infiltrate auf der Lippe schwanden und die Nase wurde durchgängig.

LUNIN.

27) **A. Pawlowski** (Kiew). **Behandlung des Rhinoscleroms mit Rhinosclerin. (Letschenie rhinoscleromi rhinosclerinom.)** *Wratsch. 1893. No. 5.*

Demonstration zweier Patienten in der Gesellschaft Wiener Aerzte.

1. Pat., 18 Jahre alt, seit 10 Jahren krank, ist häufig aber erfolglos behandelt. Die ersten 3 Injectionen von 0,1 Rhinosclerin riefen starke allgemeine und locale Reactionen hervor; später blieben dieselben aus. Im Verlauf von $1^1/_2$ Jahren hatte Pat. 36 Injectionen erhalten. Stillstand der Erkrankung.

2. Der zweite Pat. hatte im Verlaufe eines Jahres 32 Injectionen erhalten. Die erweichten Knoten wurden entfernt, neue traten nicht mehr auf.

Geheilt habe Verf. seine Pat. nicht, doch er glaubt das Rhinosclerin bewirke eine acute Leucocythose in der Umgebung der erkrankten Stellen und mache das Gewebe immun. Werden die erkrankten Stellen operativ behandelt und die Umgebung derselben immun gemacht, so könne Heilung eintreten.

Wolkowitsch hält diese beiden Fälle nicht für beweisende. Er selbst habe glänzende Resultate mit Injectionen von 2 proc. Carbolsäure-Lösung erhalten. Ja, er könnte von Heilungen sprechen, wenn nicht in den Narben noch Rhinosclerom-Bacillen nachgewiesen worden wären. Das Rhinosclerom habe die Neigung zu vernarben, und Injectionen von Carbolsäure, Arsen, Jodoform etc. begünstigen die Narbenbildung.

LUNIN.

28) **V. Cozzolino** (Neapel). **Fall von Sarkom mit polymorphen Zellen. (Un caso di sarcoma a cellule polimorfe.)** *Arch. it. d'otologia. 1893. H. 2—3.*

C. exstirpirte Stückchen einer diffusen, schwarzgefärbten Geschwulst der Nasenhöhle; die von Gianturco angestellte histologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Sarcom mit polymorphen Zellen und grossen Mengen von aus vorhergegangenen Blutungen herstammendem Blutpigment handelte. C. hebt hervor, dass man aus der klinischen Beobachtung die Diagnose auf Melanosarcom hätte stellen können.

TOTI.

29) **Kiesselbach** (Erlangen). **Ein Fall von Epithelioma papillare an der mittleren Nasenmuschel.** *Virch. Arch. CXXXII. Heft 2.*

K. zählt dasselbe mit Hopmann zu den gutartigen Geschwülsten.

Vom Rande gehen in die Tiefe Epithelzapfen, deren Zellen meist eine längsovale oder spindelförmige Gestalt haben; daneben finden sich Uebergänge zu mehr rundlichen Zellen und Pflasterepithel. Die Zellen der einzelnen Zapfen zeigen in ihrer Beschaffenheit grosse Differenzen.

Von den neugebildeten Zellen gehen fortwährend welche zu Grunde durch Verhornen, entzündliche Bläschenbildung und Zerfall, so dass auf diese Weise Höhlungen entstehen.

A. ROSENBERG.

30) **Du Castel** (Paris). **Epithelioma vegetans der Nase.** *Soc. de dermatologie et syphiligraphie. 8. juin 1893.*

Die Geschwulst entwickelte sich im Innern der Nase unter dem Bild einer kleinen Kruste, die, mit dem Nagel abgerissen, fortwährend wieder wuchs und endlich zu zwei grossen wuchernden Massen wurde. Den wuchernden Charakter der Geschwulst schreibt V. dem Umstand zu, dass sie sich ursprünglich auf der Mucosa entwickelt hatte.

LUC.

31) **B. Lyonnet** und **Regaud. Carcinomatöse Geschwulst der hinteren Nasenhöhle; Tod durch complicirende Meningitis. (Tumeur carcinomateux de l'arrière cavité des fosses nasales. Complication, mort par meningite.)** *Ann. des malad. de l'oreille et du larynx. No. 3. 1893.*

Der Fall ist interessant, weil die primäre Entwicklung eines Carcinoms in den Rachendrüsen selten ist und auch wegen der rapiden Invasion des Schädelknochen. Die acuten Veränderungen, die den Tod herbeiführten, entstanden durch eine Entzündung der Geschwülste.

E. J. MOURE.

32) **H. B. Douglas. Einige Punkte betreffend die maligne Erkrankung der Nase. (Some points on malignant disease of the nose.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1893.*

Die allgemeinen Symptome sind etwa dieselben, wie sie die Anwesenheit irgend eines Fremdkörpers in der Nase erzeugen würde, d. h. Hypersecretion und eine gewisse Art Kopfschmerzen. Andere Symptome, die schon auf eine maligne Erkrankung hinweisen, sind Infiltration, Haemorrhagie, Ulceration und Schmerz. D. hat nirgends einen authentischen Anhalt gefunden für die Ansicht, dass der Schmerz des Carcinoms sich von dem bei Sarcom unterscheide. Ein Frühsymptom der malignen Erkrankung ist die Infiltration. Blutungen sind sowohl für Carcinom wie für Sarcom bezeichnend. Die Ulceration schreitet gewöhnlich rapider vor bei Carcinom, als bei Sarcom und sie wird von einem störenden Ausfluss begleitet, der manchmal dünn und blutig, manchmal eitrig ist. Die charakteristischen Symptome der malignen Erkrankung liegen in dem Aussehen, der Deformität, dem Alter des Patienten und der Lokalität der Erkrankung. Das Carcinom hat nicht, wie das Sarcom eine characteristische Färbung der erkrankten Zone, während es frühzeitig eine allgemeine Cachexie herbeiführt. Das Sarcom erzeugt gewöhnlich

eine Deformität durch die Vorlagerung und das Vorwärtsdrängen der normalen Gewebe, während das schneller ulcerirende Carcinom Veränderungen mehr durch das Zerstören, als durch das Verdrängen der Gewebe hervorruft. Das Sarcom hat mehr Neigung, sich auf einem vorher bestehenden Tumor, wie einem fibrösen oder Schleimpolypen oder einer Knorpelgeschwulst, zu entwickeln und gewöhnlich entsteht es ziemlich weit nach vorn, während das Carcinom mehr von hinten ausgeht, vom Basilartheil des Hinterhauptbeins etc. Zur Sicherung der Diagnose muss eine microscopische Untersuchung vorgenommen werden, doch ist auf die Krankengeschichte und das makroskopische Aussehen mehr Gewicht zu legen. Maligne Erkrankungen und ganz besonders das Carcinom kommen sehr selten primär in der Nase vor.

Zum Schluss stellt Verf. einige Fälle aus der Literatur zusammen.

LEFFERTS.

33) **Henry B. Douglas. Einige Bemerkungen über die malignen Erkrankungen der Nase. (Some points upon malignant disease of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1893.* (Identisch mit dem vorhergehenden Referat? Red.)

Das Carcinom und Sarcom der oberen Luftwege bieten einmal die sogen. allgemeinen Symptome dar, die sie gewissermassen als blosse Fremdkörper erzeugen und die nichts Characteristisches an sich haben. Bedeutsamer für die Diagnose ist die zweite Klasse der Symptome, die wir als die Malignität bezeichnen können: Es sind dies Infiltration, Hämorrhagie, Ulceration und Schmerz.

Was die Unterscheidungsmerkmale zwischen dem Sarkom und dem Carcinom anlangt, so sind beide Krankheitsbilder klinisch so gut umschrieben, dass ein Zweifel über ihre Natur nur in sehr vereinzelten Fällen bestehen bleiben kann.

Das Sarcom der Nase ist ein Tumor, dessen Farbe vom Roth oder Blauroth bis zum Grau variirt. Einige Autoren beschreiben es als dunkelroth und halten diese Farbe für charakteristisch; andere bezeichnen die Sarcome als blaugrau. Die Consistenz des Tumors ist wechselnd, im allgemeinen aber ist die Geschwulst ziemlich hart, bisweilen härter als Knochen. Ein Carcinom ist roth, gewöhnlich fehlt eine bestimmte Consistenz; es ulcerirt schneller, seine Farbe ist nicht charakteristisch, wie die der sarcomatösen Gewebe; dabei besteht früh schon eine allgemeine Cachexie, die beim Sarcom fehlt. Ein weiterer differential-diagnostisch bedeutsamer Punkt ist die Verschiedenheit in der äusseren Deformirung des Gesichts. Fälle von Sarcom erzeugen im Allgemeinen eine Deformität durch Verlagerung normaler Gewebe und durch das Vordrängen derselben, während das Carcinom hauptsächlich durch die Ulceration ohne Verlagerung deformirt. Diese Differenz, die sehr bedeutsam ist, d. i. die Tendenz des Sarcoms, zu verdrängen und zu verlagern und dabei wohlumgrenzte Tumoren zu bilden und die des Carcinoms zu ulceriren, liefert ein werthvolles Mittel für die Diagnose. Thatsächlich giebt es eine Form von Carcinom in der Nase, das sogen. glanduläre Carcinom, bei dem nur eine Infiltration und Ulceration ohne Spur von Tumorbildung besteht.

Die Lokalität und die Stelle der Entwicklung eines malignen Tumors in

der Nase ist der wichtigste differentialdiagnostische Punkt. Aus diesem Symptom allein heraus ist es möglich die Diagnose zu stellen. Das Sarcom ist sehr gewöhnlich und fast allgemein eine Entwicklung oder Degeneration eines früher bereits bestehenden Tumors in der Nase. Diejenigen benignen Tumoren, die besonders zu sarcomatöser Infiltration neigen, sind fibröse Polypen, Knorpelgeschwülste und Polypen. Diese entstehen gewöhnlich weit vorn und mehr nach unten an der Nasenwand. Das intranasale Carcinom dagegen wird als secundär angesprochen, indem es meningeal oder pharyngeal entsteht und erst in seiner weiteren Entwicklung nach vorn drängt. LEFFERTS.

34) **Chas. E. Teets. Schneidende Zange für die Nase. (Nasal punch-cutting forceps.)** *N. Y. Med. Record. 11. Februar 1893.*

Die Zange hat kleine Zähne längs der beiden Seiten der unteren Branche und 2 kleine nadelartige Vorsprünge in der Mitte der oberen Branche. Der Zweck dieser Vorrichtung ist, das Abgleiten der Zange im Moment, wo man die Spina von dem Septum oder ein Stück von dem Muschelkörper entfernen will, zu verhüten. Die Zähne dringen von unten und die Nadeln von oben ein und halten das abgeschnittene Stück ganz fest, bis es herausgezogen ist.

Diese Zange soll, wenn sie ordentlich gearbeitet ist, so dass beide Branchen gut in einander passen, in geschickten Händen weit mehr leisten als jede andere. LEFFERTS).

35) **Leonard A. Dessar. Eine neue Nasenbougie. (A new nasal bougie.)** *N. Y. Med. Record. 8. April 1893.*

Das Instrument besteht aus vulcanisirtem Gummi und ist $^1/_8$ Zoll dick, 4 Zoll lang und $^3/_8$ Zoll breit. Es läuft in ein dünnes, vorn abgerundetes Ende aus, während das andere Ende einen runden Handgriff mit Depressionen für Daumen und Zeigefinger trägt. LEFFERTS.

36) **Walter Vulpius. Ein neues Instrument für die Nase. (A new nasal instrument.)** *N. Y. Med. Journal. 22. April 1893.*

Die galvanokaustische Durchschneidung des Gewebes in der Nase wird am besten mittelst eines dünnen Drahtes ausgeführt, der entweder die Form einer zusammenziehbaren Schlinge hat oder nach dem Princip der Seifenscheere geformt ist. V. legt ein Instrument dieser Art vor, das durch ein geräumiges Speculum (z. B. das Voltolini'sche) in die Nase eingeführt wird und dessen Hauptvorzug darin besteht, dass es das Gesichtsfeld nicht beschränkt; man sieht das Object, das entfernt werden soll, während der ganzen Manipulation. — Die Zeichnungen, die dem Artikel beigefügt sind, geben eine deutliche Anschauung von dem Bau und der Wirkung dieses Instrumentes. LEFFERTS.

37) **Storch** (Kopenhagen). **Ein elektrisch betriebener Apparat zur Ausführung der Schleimhautmassage.** XII. Congress f. innere Medicin. 1893.

Mit seinem Apparat hat St. gute Erfolge bei Rhinitis atroph. foet. erzielt. SEIFERT.

38) **Bennett. Gottstein's hintere Nasencurette. (Gottstein's posterior nasal curette.)** *N. Y. Med. Record. 24. Juni 1893.*

B. hält dieses Instrument für allen anderen weit überlegen zur Entfernung adenoider Geschwülste. Eine Narcose ist dabei unnöthig, ein einmaliger Zug ist ausreichend; das Instrument in seiner jetzigen verbesserten Form ist so gebogen, dass eine Verletzung der benachbarten Gewebe bei richtiger Einführung unmöglich ist.

LEFFERTS.

39) **R. Wagner** (Halle). **Verwendung von Spiegeln bei der Rhinoscopia anterior.** *Münch. med. Wochenschr. No. 10. 1893.*

Zur Untersuchung des Naseneinganges und des vordersten Theiles des Nasendaches empfiehlt Wagner das Einführen kleiner Spiegel, wie sie zur hinteren Rhinoscopie verwendet werden. Der Naseneingang wird mittelst Speculum erweitert und dann der Spiegel zwischen den Branchen desselben eingeführt mit nach vorn und oben spiegelnder Fläche.

SCHECH.

40) **Weil** (Stuttgart). **Ueber eiterige Mittelohrentzündung.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 24. 25. 1893.*

Unter den Ursachen der Ohrenentzündung führt W. auch die Nasendouche auf. Mit vollem Recht geht W. gegen die noch allzu häufige und falsche Anwendung der Nasendouche und Nasenspritze zu Felde. Leider haben solche in letzter Zeit von mehreren Seiten ausgesprochenen Warnungen noch nicht vermocht, diese Instrumente mehr in den Hintergrund zu drängen.

SEIFERT.

41) **A. H. Tuttle. Ein paar Beobachtungen zur Therapie der Nasen- und Mittelohrerkrankungen. (Some observations bearing on the treatment of nasal and middle-ear affections.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 13. April 1893.*

Nichts von Interesse für den Rhinologen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **W. Permewan** (Liverpool). **Die Beziehung der Nase zu chronischen Erkrankungen der Athemwege. (The relation of the nose to chronic respiratory disease.)** *Liverpool Med. Chirurg. Journal. Januar 1893.*

Die Arbeit ist in der Hauptsache eine Zusammenstellung der modernen Anschauungen über die Nasenkrankheiten und ihre Bedeutung. Von Interesse ist die Hypothese, dass die chronische Bronchitis oft durch nasale Verstopfung verursacht ist und dass die Beseitigung dieser ebensoviel bedeuten und nützen kann, als der Aufenthalt in einem wärmeren und feuchteren Klima.

P. MC BRIDE.

43) **Batut. Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten. (Rapports des maladies des yeux et celles du nez.)** *Annales des malad. de l'oreille. No. 2. 1893.*

Der Verf. bespricht die Parallelerkrankungen des vorderen Augensegmentes und der Adnexa und Höhlen der Nase (ausschliesslich der Gesichtshöhlen) und weist, gestützt auf zahlreiche Beobachtungen, deren gegenseitige Beziehungen

nach. Zum Schluss erörtert der Verf. die Scrophulose, eine der Hauptursachen aller Nasenerkrankungen, in ihren Erscheinungen an Augen und Nase.

E. J. MOURE.

44) **Ziem. Iritis nasalen Ursprungs. (Iritis d'origine nasale.)** *Annal. des mal. du larynx, des oreilles et du nez. No. 1. 1893.*

Verf. berichtet über 2 Fälle von Iritis, von denen der eine bedingt war durch eine eitrige Secretion der rechten Nasenhöhle, der andere durch einen vollständigen Verschluss der Nasenwege. Die Kenntniss dieser Thatsachen giebt die Möglichkeit, diese Affection im gegebenen Falle ohne operativen Eingriff zu heilen.

E. J. MOURE.

45) **J. J. Herron. Niesen infolge von Anstrengung der Augen. (Sneezing caused by eye-strain.)** *Memphis Med. Monthly. Januar 1893.*

Krankengeschichte einer Frau, die in den letzten 4 Jahren häufig Anfälle von Niesen hatte, jedesmal mehrere Stunden lang. Der Hals und die Nase waren normal. Die Verordnung eines entsprechenden Augenglases brachte die Anfälle zum Aufhören.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **L. Grossmann** (Pest). **Ueber Sehstörungen, welche Nasen- und Nasenhöhlenaffectionen ihre Entstehung verdanken.** *Allg. Wiener medicin. Zeitung. 1893. No. 14, 15, 18 und 20.*

G. kommt zu dem Schlusse, dass man immer auf die Verhältnisse der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes bei Augenleiden Rücksicht nehmen müsse, dass daher der Augenarzt auch mit der Untersuchung dieser Räume vertraut sein müsse, und dass man oft Augenleiden von den oben genannten Räumen aus heilen könne.

CHIARI.

47) **W. B. Meany. Verstopfung der Nasenwege; Abscess des Thränensacks; Fistelöffnungen in demselben; operative Behandlung mittelst Hauttransplantation. (Obstruction of nasal ducts; abscess of lacrymal sac; fistulous openings into sac; skin grafting; operation; treatment)** *Indiana Med. Journal. März 1893.*

Bericht über 2 Fälle, ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **Redactionelle Notiz. Die Beziehung der Augenkrankheiten zu nasalen Affectionen. (The relation of eye diseases to nasal conditions.)** *University Med. Magazine. April 1893.*

Der Artikel hebt die engen Beziehungen gewisser Conjunctival- und Cornealerkrankungen sowohl, wie der Störungen des Thränenapparates mit den pathologischen Zuständen der Nase hervor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **R. C. Myles. Erkrankungen der accessorischen Nasenhöhlen. (Diseases of the accessory nasal sinuses.)** *N. Y. Med. Journ. 4. Februar 1893.*

Verf. demonstrirt die Vorzüge der Erleuchtung der Mundhöhle durch eine electrische Lampe von 3 oder 4 Kerzenstärke im dunkeln Raum zu diagnosti-

schen Zwecken an mehreren Patienten, erklärt aber selbst, dass diese Probe keine absolut zuverlässige sei. Polypoide Degeneration der Schleimhaut ist nach Verf.'s Erfahrungen die häufigste Ursache des Empyems der Highmorshöhle, doch theilen in diesem Punkte Harrison Allen (Philadelphia) und J. H. Bryan (Washington) nicht seine und die allgemeine Meinung, indem der erstere gefunden haben will, dass Krankheiten der Zähne, der letztere, dass Operationen an den Zähnen die allgemeine Ursache des Empyems bilden. Das Fehlen von Schmerz ist im Allgemeinen zu erwarten und die Hauptzeichen für die Diagnose sind der Austritt von Eiter aus dem Orificium der Highmorshöhle, ein leichtes Gefühl von Völle auf der afficirten Seite, eine dunkle Stelle unter dem Auge bei der electrischen Durchleuchtungsprobe und ein sowohl dem Pat. wie anderen wahrnehmbarer Geruch. Der Praktiker soll auf die Erkrankungen der Nebenhöhlen ein Auge haben, denn es ist ganz sicher, dass viele Fälle unerkannt bleiben und als gewöhnliche Rhinitis behandelt werden; ja man muss annehmen, dass dies selbst unter Nasen- und Halsspecialisten vorkommt, wenn man die relativ grosse Zahl bedenkt, die Myles allein im letzten Jahre beobachtet hat.

LEFFERTS.

50) **G. Ferreri** (Rom). **Acute Osteitis des Antrum mastoideum nach galvanischer Cauterisation der unteren Muschel. (Osteite acuta dell'antro in sequito a cauterizzazione galvanica dei turbinati inferiori.)** *Arch. it. d'Otologia. 1893. No. 4.*

Die Schrift ist hauptsächlich für Otologen von Interesse. Die eitrige Mastoiditis stellte sich 48 Stunden nach stattgehabter Cauterisation der linken unteren Muschel ein.

TOTI.

51) **L. Pekostawski** (Warschau). **Caries corporis ossis sphenoidalis als Ursache von Meningitis purulenta. (Prochnienie ciata koici klinowej, jallo przyczyna ropnego zapalenia opon mozgowych.)** *Kronika lekarska. No. 6. 1893.*

Bei einem, in der psychiatrischen Klinik an Meningitis purulenta verstorbenen Patienten wurde folgender interessante Befund constatirt. Im Sinus longitudinalis war ein Thrombus vorhanden, die Sella turcica war erweicht, im Sinus sphenoidalis befand sich Eiter, der Vomer war usurirt im oberen Abschnitt. Verf. ist geneigt, diesen Process durch einen chronisch verlaufenden Retropharyngeal-Abscess der Rachentonsille per continuitatem zu erklären.

LUBLINER (HERYNG).

52) **W. Spencer Watson** (London). **Mucocele der Stirnhöhle. (Mucocele of the frontal sinus.)** *Lancet. 6. Mai 1893.*

Pat., eine Frau von 25 Jahren, hatte einen Anfall von Erysipel der linken Gesichtsseite gehabt 3 Wochen, bevor W. sie sah. Die linke Oberlippe war geschwollen und schmerzhaft geblieben, ebenso bestanden starke Schmerzen in der Augenbrauen- und Stirngegend, sowie Doppelsehen. Der Augapfel war nach abwärts verlagert und nach aussen. Die Pat. sah anämisch aus und war strumös. Man brachte sie unter bessere Bedingungen und verordnete ihr eine gute Diät und ein tonisches Regime mit localen Fomentationen. Innerhalb einer Woche

trat ein muco-purulenter Ausfluss aus der linken Nasenseite hervor, der drei Tage anhielt; dann verschwand die Schwellung und auch die anderen Symptome, das Auge trat in seine frühere Stellung zurück. MACKENZIE-JOHNSTON.

53) **Valude. Empyem der Stirnhöhlen. Trepanation. Heilung. (Empyem des sinus frontaux; trépanation; guérison.)** *Archives de laryngolog. No. 1. 1893. Med. Press. 29. März 1893.*

Der Kranke, den V. demonstrirte, schnäuzte ein schleimig-eitriges Secret aus, ohne dass man in der Nase oder den benachbarten Höhlen einen infectiösen Process nachweisen konnte. — Wenige Tage nach der Operation war die Vernarbung eine vollständige. Der Verf. glaubt, dass man, wenn keine Complication vorliegt, die Vereinigung unmittelbar im Anschluss an die gründliche Desinfection in einer einzigen Sitzung versuchen kann. E. J. MOURE.

54) **G. A. Wall. Abscess der Stirnhöhle. Krankheitsverlauf und Operation. (Abscess of the frontal sinus. Report of case. Operation.)** *Med. and Surg. Reporter. 4. Februar 1893.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Lichtwitz. Latentes Empyem der Stirnhöhle. (Empyème latent du sinus frontal.)** *Annal. des malad. des oreilles et du larynx. No. 2. 1893.*

Verf. sucht in der vorliegenden Arbeit zu zeigen, dass die Ausspülung der Stirnhöhle durch ihre natürliche Oeffnung ausführbar ist. Er giebt eine schematische Zeichnung, in der er die von Cozzolino empfohlene Sonde anbringt, wie sie auf natürlichem Wege in die Stirnhöhle gelangt. Am Lebenden ist die Sache zwar möglich, aber durchaus nicht immer so leicht, wie es L. anzunehmen scheint, dessen Erfahrungen in diesem Punkte offenbar nicht zahlreich genug sind, um allgemeingültige Regeln darauf zu basiren. E. J. MOURE.

56) **Redactionelle Notiz. Die Chirurgie der Stirnhöhle. (The surgery of the frontal sinus.)** *N. Y. Med. Record. 1. April 1893.*

Eigenartiger Weise suchen die Patienten, die an einer entzündlichen Affection der Stirnhöhle, oder einfach an einer Schleimanhäufung in derselben leiden, gewöhnlich wegen des Doppelsehens etc. den Arzt auf. Letzteres ist verursacht durch den Druck auf die dünne Wand, welche Stirnhöhle und Orbita trennt. Später kann sich eine Schwellung am inneren und oberen Winkel der Orbita herausbilden, gleichzeitig mit einer leichten Empfindlichkeit über der Gegend des Sinus. Dieser Zustand kann ausgelöst sein durch das Eindringen eines Fremdkörpers, wie Schnupfpulver, in die Höhle, durch directe Beschädigung oder durch die Ausbreitung einer catarrhalischen Entzündung; am allerhäufigsten vielleicht resultirt er von irgend einer Erkrankung der Nase, die den Verschluss einer Nasenseite herbeiführt und dadurch auch zu einer Verstopfung des Infundibulum führt. In den meisten Fällen erzwingen sich die angehäuften Secrete einen Weg in die Nase und dann lassen die Symptome eine Zeit lang nach; doch naturgemäss kehren, wenn die nasale Verstopfung nicht beseitigt wird, die

Secretretentionen mit Sicherheit wieder. Stellt sich der natürliche Abfluss nicht wieder her, so muss der Chirurg versuchen, ihn wieder zu eröffnen und ist dies nicht ausführbar, so bleibt nichts übrig, als ein Loch in den Sinus zu bohren durch eine parallel mit der Superciliarlinie angelegte Incisur und von hier aus den Inhalt zu entleeren. Die Narbe, die zurückbleibt, ist wenig erheblich und gewöhnlich kommt es schnell zur Heilung, besonders wenn die begleitende Erkrankung oder Deformität der Nase gleichzeitig in Angriff genommen worden ist.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

57) **R. Baracz (Lemberg). Plastische Operation an der Wangenschleimhaut nach M. Oberst's Methode. (Plastyka blony sluzowej jamy ust sposobem M. Obersta.)** *Gazeta lekarska. No. 27. 1893.*

Nach kurzer Besprechung der verschiedenen Methoden von Stomatoplastik (Gussenbauer, Israel, Hahn, Kraske und Wölfler) bespricht Verf. einen Fall von Papillomata multiplicia buccae, in welchem er das Verfahren von Oberst angewandt hat, mit gutem Resultate. Die Methode besteht darin, dass man die Wangenschleimhautdefecte mit Lappen, die der Ober- oder Unterlippe entnommen sind, bedeckt.

Diese Methode hat nach B. folgende Vorzüge:

1. Es findet keine Entstellung des Gesichts statt, 2. die Heilung geht rasch vor sich, 3. die Operation ist einfach, 4. die Transplantation gelingt immer.

LUBLINER (HERYNG).

58) **Feurer (St. Gallen). Angeborene Lippenfistel.** *Arch. f. klin. Chirurg. XLVI. 1. 1893.*

Bei einem 20jährigen, sonst normal gebildeten Menschen fand sich an der Oberlippe, dicht am rechtsseitigen Rande des Filtrum eine angeborene Fistel, aus welcher continuirlich eine kleine Menge leicht getrübter, speichelähnlicher Flüssigkeit floss. Eine Sonde führte durch die Fistel nach oben bis an den unteren Rand des rechten Nasenloches, kam aber dann nicht weiter. Exstirpation. Heilung. Embryologisch ist die angeborene Lippenfistel der Hasenscharte gleichwerthig.

SEIFERT.

59) **Francis Cadell (Edinburgh). Zufällige Revaccination an der Oberlippe einen Schanker vortäuschend. (Accidental revaccination on upper lip simulating chancre.)** *Brit. Med. Journal. 18. März 1893.*

Der Titel erklärt den Fall in ausreichendem Maasse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **v. Eiselsberg (Wien). Ulcus der Unterlippe.** Demonstrirt in d. Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 19. Mai 1893. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 21.*

Dasselbe erwies sich als tuberculöses und soll ausgekratzt werden. Störk erwähnt eines ähnlichen Falles.

CHIARI.

61) **H. Eichhorst** (Zürich). **Elephantiasis syphilitica der Lippen.** *Virch. Arch. CXXXI. Heft 3.*

Gewaltige und schwer entstellende Umfangszunahme der Lippen, die der weichen Form der Elephantiasis zuzuzählen ist.

Die Ursache war Syphilis, nicht etwa in dem Sinne, dass diese zu chronischen Verschwärungsprocessen geführt hätte, und secundär von ihnen aus elephantiastische Wucherungen ihren Ausgang genommen hätten; sondern das Verhältniss der beiden Krankheiten zu einander gestaltete sich zu einem unmittelbaren.

A. ROSENBERG.

62) **Rosinsky. Gonorrhoische Infection der Mundschleimhaut bei Neugeborenen. (Gonorrheeal infection of the mucous membrane of the mouth in new-born infants.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1893.*

Aus 5 Fällen, die er zu beobachten Gelegenheit hatte, stellt R. folgendes Krankheitsbild zusammen: Ohne vorhergehende entzündliche Röthung tritt eine weisse Verfärbung auf den vorderen zwei Dritteln der Zunge auf, auf den Bednar'schen Plaques, dem Hamulus pterygoideus und entlang dem Ligament. pterygomandibulare am Unterkiefer, endlich auf den vorderen Partien des Zahnfleisches. Nach 24—36 Stunden wird die Farbe gelb. Die Flecke erheben sich plateauförmig über das umgebende Gewebe und ihre Oberfläche ist rauh. Das Oberflächenepithel bildet mit den extravasirten Eiterzellen eine dicke Schicht, die der von der Schnittfläche einer septischen Milz abgeschabten Masse ähnlich ist. Am 3. Tage beginnt die Regeneration des Epithels; dieselbe spricht sich in dem Auftreten einer entzündlichen Röthe rund um die Flecke herum aus. Die Heilung erfolgt ohne Behandlung, und zwar in einer idealen Weise, ohne dass eine Spur von einer Narbe oder Verfärbung zurückbleibt.

Ueber den microscopischen Befund an einem excidirten Gewebsstück schreibt R. folgendes: Die Gonococcen fanden sich in den gefärbten Schnitten niemals intracellulär; sie lagen selten intracellulär in den oberflächlichen Flocken. Die Gonococcen können in den Leib einer gesunden, lebenden Zelle niemals eindringen; sie vermögen dies nur, wenn die einzelne Zelle von ihren Lebensbedingungen abgeschnitten ist. Dagegen findet sich eine Gonococcen-Invasion im Bindegewebe. R. hält dies Bild für die typische reine Gonococcen-Entzündung. Die relative Seltenheit der gonorrhoischen Entzündung der Mundschleimhaut bei Erwachsenen, im Gegensatz zu der bei Kindern, führt er auf die Zartheit des Epithels im Munde der Neugeborenen zurück.

SEIFERT.

63) **Marx** (Frankfurt a. M.). **Beitrag zur Lehre vom Lichen ruber planus der Schleimhäute.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1893.

M. theilt zwei Fälle von Lichen ruber planus der Mundschleimhaut aus der Herxheimer'schen Poliklinik mit, bei welchen ein allgemeines Exanthem weder vorausging, noch gleichzeitig bestand, noch nachfolgte.

SEIFERT.

64) **Rethi** (Wien). **Ein Fall von Tuberculose der Mundhöhle mit Durchbruch in die Nasen- und Kieferhöhle.** *Wiener med. Presse. 1893. No. 19.*

Ein an Lungen- und Kehlkopftuberculose leidender 31jähriger Mann bekam

nach Zahnextraction ein Geschwür am Alveolarfortsatz, dessen Character nach bacteriologischer und histologischer Untersuchung tuberculös war. Zwei Jahre später war das Geschwür in die Kiefer- und Nasenhöhle durchgebrochen, veranlasste Necrose einzelner Knochenstücke, Verdickung der unteren Nasenmuschel. Ein Jahr später wurde alles Kranke gründlich exstirpirt, aber ohne dauernden Erfolg; das Geschwür griff weiter auf die andere Kieferseite und schliesslich erlag der Kranke im Frühjahr 1893. CHIARI.

65) **H. W. Paige. Syphilis des Mundes und Halses und ihre Behandlung. (Syphilis of the mouth and throat with treatment.)** *North. Am. Journal of Homoeopathy. Januar 1893.*

Empfiehlt den Gebrauch localer Mittel. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **A. Hugenschmidt. Syphilis des Mundes und der Zähne. (Syphilis of the mouth and teeth.)** *Dental Cosmos. XXXIV. 673.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **J. Ward Cousins** (Portsmouth). **Cancrum oris gefolgt von ausgebreiteter Ulceration der Wange und Ankylose des Kiefers; Heilung. (Cancrum oris followed by extensive ulceration of the cheek and ankylosis of the jaw: recovery.)** *Brit. Med. Journal 8. April 1893.*

Die Ueberschrift kennzeichnet die Natur des Falles zur Genüge.

MACKENZIE-JOHNSTON.

68) **Hudelo. Ulcus oris tabischen Ursprungs. (Ulcère de la bouche d'origine tabétique.)** *Soc. franc. de dermatol. et syphil. 18. mai 1893.*

Patient, tabetisch und syphilitisch, bietet seit einem Jahre trophische Läsionen des Mundes dar, die in spontanem Ausfallen der Zähne und in zwei Geschwüren der Mundschleimhaut bestehen. Von den letzteren sitzt das eine auf dem oberen Kiefer, das andere auf dem unteren. Die Oberfläche von beiden ist gräulich gefärbt, eitrig und fungös. Durch das untere Ulcus hat Patient zu wiederholten Malen knöcherne Bruchstücke ausgeworfen. Gestützt auf den langsamen, schmerz- und reactionslosen Verlauf der Läsionen und hauptsächlich auf die an der Fläche der Geschwüre und in ihrer Nähe beobachtete Anästhesie, spricht Verf. dieselben als trophische Läsionen, als Ulcus perforans an, wahrscheinlich bedingt durch eine Neuritis des Trigeminus. LUC.

69) **J. Harley Gouch** (South Devon). **Subjective Empfindungen im Munde bei Weibern. (Subjective sensations of the mouth in woman.)** *Lancet. 13. Mai 1893.*

Ein Brief an den Herausgeber, ohne besonderes Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

70) **Stevenson. Elektrische Erleuchtung des Mundes. (Electrical illumination of the mouth.)** *N. Y. Med. Journal. 25. März 1893.*

St. hat beobachtet, dass wenn man ein weissglühendes Licht in den Mund einführt, um die Highmorshöhle zu durchleuchten, diese Lichteinführung,

die „gewissermassen durch eine Hinterthür" stattfindet, keine Contraction der Pupillen hervorruft, trotzdem der Beobachter die Pupillenöffnungen als blutrothe Kreise sieht. Der Autor glaubt, dass diese Beobachtung vielleicht für die Ophthalmologie einige Bedeutung gewinnen könnte. LEFFERTS.

71) **John Back** (Liverpool). **Mundsperrer. (Mouth gag.)** *Journal of Laryngology. Februar 1893.*

Beschreibung des Instrumentes. MACKENZIE-JOHNSTON.

72) **M. Heimann** (Schwäbisch-Hall). **Ptyalismus und Pyoktanin.** *Therapeutische Monatsh. 1893. Februar.*

In einem Falle von „idiopathischem" (? Ref.) Ptyalismus sah H. Heilung eintreten nach zweimal täglich vorgenommenen Pinselungen mit 1 prom. Pyoktaninlösung. A. ROSENBERG.

73) **Althorp. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *Brit. Med. Journ. 15. April 1893.*

Demonstration des Steines in der Bradford Med. Chirurg. Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

74) **Arthur De Voe. Halskrankheiten in Puget Sound. (Throat diseases at Puget Sound.)** *N. Y. Med. Record. 11. März 1893.*

Verf. erörtert die Frage, ob die Einwohner von Puget Sound, North Western, U. S., nicht ganz besonders begünstigt sind durch eine relative Immunität gegen alle Hals-, insbesondere gegen Rachenaffectionen.

De V.'s persönliche Erfahrung an sich und seiner Familie, seine Beobachtungen in der Praxis als Arzt in Seattle haben ihm die Ueberzeugung gegeben, dass die ganze Klasse der Halskrankheiten in Puget Sound selten vorkommt und dass sie, wo sie auftreten, im Allgemeinen einen im Vergleich zu den aus den Ost-, Mittel- und Weststaaten berichteten Thatsachen milden Verlauf nehmen.

LEFFERTS.

75) **Maria M. Vinton. Die Häufigkeit der Halserkrankungen bei den New Yorker Schulkindern. (The frequency of throat diseases in New York school children.)** *N. Y. Med. Record. 17. Juni 1893.*

Verf. berichtet: „Ich habe den Hals bei etwa 16000 Kindern unter 12 Jahren während der letzten beiden Sommer untersucht. Diese Kinder gehören durchweg den weniger bemittelten Klassen an, die die öffentlichen Schulen besuchen, aber keineswegs den untersten Schichten, und sie stellen somit einen guten Maassstab des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Schulkinder überhaupt dar.

Während des ersten Jahres meiner Untersuchungen lenkte sich meine Aufmerksamkeit bald auf die grosse Zahl vergrösserter Tonsillen, die ich antraf, und auf die Häufigkeit der adenoiden Wucherungen im Mundrachenraum. Den Nasenrachenraum und den Kehlkopf zu prüfen, hatte ich keine Gelegenheit, ein Zungenspatel war das einzige Instrument, das ich benutzte.

Im letzten Sommer untersuchte ich 550 Fälle in der Absicht, den Procent-

satz der normalen Hälse herauszufinden. Diese Fälle waren natürlich nicht ausgewählt, sondern sie wurden in der Reihenfolge untersucht, in der sie kamen, nur mit ganz besonderer Sorgfalt.

Eine sehr auffällige Thatsache war die Verschiedenheit der Farbe der Halsschleimhaut, die man an feuchten und an trockenen Tagen beobachtete. An einem trockenen Tage waren alle Hälse von normaler Fleischfarbe oder blassroth, an einem Regentage dagegen sah man ein helles Roth bis Purpurroth und in abnormen Fällen ein dunkles, übertriebenes Roth, das einen an das Bestehen einer acuten Entzündung denken liess; gleichzeitig bestand dann offenbar ein gewisser Grad von Schwellung der Gewebe.

Von den 550 Fällen, die besonders daraufhin untersucht wurden, zeigten nur 20 Procent normale Beschaffenheit des Halses. In 60 pCt. der Fälle bestanden adenoide Vegetationen, bei 20 pCt. vergrösserte Tonsillen und in 12 pCt. diese beiden Affectionen zusammen.

Ueberrascht war ich von der Zahl von Fällen von gespaltener Uvula, die ich antraf, ohne dass Gaumenspaltung dabei bestand. Die Spaltung wechselte in ihrer Stärke von einer doppelten Spitze bis zu vollständiger Theilung bis an die Querfasern des Gaumens heran. Von meinen 550 Fällen zeigten 4 diesen Zustand und eine Anzahl weiterer sah ich noch im Laufe des Sommers.

Ein Kind bot einen sehr eigenthümlichen Zustand dar, der auf eine frühere Attacke von Scharlach zurückgeführt wurde (Ref. ?). Man sah keine tonsillären Gewebe, dieselben waren durch Bildung von Abscessen verdrängt worden. Die Abscesse hatten die vorderen Gaumenbögen perforirt, wovon ein Loch von 3 Centstückgrösse jederseits zurückgeblieben war." LEFFERTS.

76) **M. Thorner. Rheumatische Halsaffectionen. (Rheumatic throat affections.)** *Cincinnati Med. Journal. März 1893.*

Eine klinische Vorlesung. Th. berichtet über zwei Fälle, einen Fall von chronischer rheumatischer Laryngitis und Pharyngitis, einen anderen von acuter Pharyngitis, beide im Verlaufe von Polyarthritis rheumatica.

In den meisten Fällen, die Th. sah, war der Schmerz auf eine kleine circumscripte Fläche begrenzt; gewisse Stellen scheinen für rheumatische Attacken prädisponirt zu sein; es sind dies die hinteren Gaumenbögen, die Zungenwurzel, die ganze Gegend über dem Zungenbein, besonders die Stelle, die dem Cornu majus desselben entspricht, und dann die Seitenpartien des Schildknorpels.

Was die Behandlung anlangt, so geben interne Mittel die besten Resultate, besonders Salol und salicylsaures Natron. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Wm. C. Braislin. Der rheumatische Hals: Eine klinische Studie als Beitrag zur Aetiologie des Nasenrachenraumcatarrhs. (The rheumatic throat: a contribution to the aetiology of catarrh of the naso-pharynx. A clinical study.)** *N. Y. Medical Journal. 22. April 1893.*

B. ist der Meinung, dass man bei genauer Kenntniss der Pathologie des Rheumatismus der rheumatischen Diathese einen grösseren Einfluss auf die Aetiologie gewisser chronischer Halserkrankungen wird zugestehen müssen, als dies

bisher der Fall ist. Die Basis für diese seine Meinung findet B. in einer klinischen Studie, die 50 zumeist in der Klinik beobachtete Fälle von Rheumatismus umfasst; der Zustand des Halses wurde stets festgestellt, bevor der Pat. irgend ein Mittel gegen seine rheumatischen Beschwerden erhalten hatte. Wenige Patienten nur klagten um diese Zeit über irgend welche „Hals"-Symptome. Das Symptom, über das ein Pat. am lautesten klagt, ist der Schmerz und dieser tritt nicht oft bei chronischen Halsleiden hervor. Ein Theil der Patienten jedoch klagte neben den Schmerzen der steifen und geschwollenen Gelenke noch über die klassischen Symptome des postnasalen Catarrhs. Durch diese Patienten wurde B.'s Aufmerksamkeit auf den Hals der Rheumatiker gelenkt und nun wurden alle Pat., die mit Rheumatismus auf die Klinik kamen — im Ganzen fünfzig — subjectiv und objectiv genau daraufhin untersucht.

Die besonderen Erkrankungen des Halses, die am gewöhnlichsten in Verbindung mit rheumatischen Zuständen gefunden wurden, waren chronische Störungen an einem Theile des Drüsenringes des Pharynx — nämlich Hypertrophie der Gaumentonsillen, ferner ein von verschiedenen Autoren verschieden bezeichneter Zustand des Nasenrachenraumes, gewöhnlich als Nasenrachenraumcatarrh beschrieben.

Die Anzahl der Fälle, in denen die Symptome von Gelenk- und Muskelrheumatismus mit einem dieser genannten Zustände oder mit beiden zusammen bestanden, war so gross, dass die Vermuthung nach Verf.'s Ansicht zur Gewissheit wird, dass eine gemeinsame Ursache für beide Affectionen besteht.

LEFFERTS.

78) . . . **Halserkrankungen in Beziehung zum Holzpflaster. (Sore throats in relation to wood paving.)** *Lancet. 17. Juni 1893.*

79) . . . **Holzpflaster und Tonsillitis. (Wood pavements and tonsillitis.)** *Brit. Med. Journ. 17. Juni 1893.*

Beide Notizen beschäftigen sich mit der Hypothese, die man kürzlich aufgestellt hat, dass die (zur Zeit in London stark grassirende) septische Tonsillitis durch eine Vermehrung der Krankheitskeime im Holzpflaster bedingt sei.

MACKENZIE-JOHNSTON.

80) **v. Ziemssen** (München). **Angina faucium.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. No. 17.*

v. Z. empfiehlt bei obigem Leiden die Einspritzung einer 2proc. Carbolsäurelösung in die Mandeln.

LANDGRAF.

81) **Piaza. Die periodische Angina. (Sur l'angine periodique.)** *Annales des malad. du larynx des oreilles et du nez. No. 1. 1893.*

Der Fall P.'s liefert einen Beitrag zum Studium der Anginen, die an acute Infectionskrankheiten, und zwar nicht nur die Malaria geknüpft sind.

E. J. MOURE.

82) **Bondesen** (Kopenhagen). **Tod durch phlegmonöse Angina hervorgerufen. (Dod fremkaldt ved phlegmonös Angina.)** *Om Sygeligheden ved En Fodfolksbataillons Rekruthold, Militärlägen. 1. Aargang. 2. Heft. p. 30.*

Der Kranke, ein Soldat, früher immer gesund, wurde am 25. Juni Morgens

um 5 Uhr beim Appell in seinem Bette todt gefunden. Die Section zeigte: folliculäre Tonsillitis und ein colossales Oedem des Larynx, dessen Aditus ganz zugeschlossen war. SCHMIEGELOW.

83) **Jaccoud** (Paris). **Angina pseudo-membranacea durch Pneumokokken verursacht. (Les angines pseudo-membraneuses à pneumecoques.)** *Sem. méd. 19. Juli 1893.*

Aus drei von ihm beobachteten Fällen zieht W. folgendes klinische Bild:

Plötzlicher Anfall von allgemeinem Unbehagen, Frost und Fieber. Erst nach 24 bis 36 Stunden wird Schmerz im Rachen constatirt nebst Röthung und Anschwellung der Mucosa. Bald nachher kommen die Membranen, von Anschwellung der Halsdrüsen begleitet zum Vorschein. Weder objectiv noch durch ihre Entwickelungsweise lassen sich die Membranen von den diphtherischen unterscheiden. An den Oeffnungen der Tonsillenhöhlen erscheinen weisse Punkte, die, nachdem sie während einiger Stunden isolirt geblieben sind, durch Zusammenfliessen zu Membranen werden, welche sich zur Uvula und zum Pharynx hin ausbreiten können. Ihre Farbe ist eine weiss-gräuliche. Sie sind gewöhnlich dünn und haften der ergriffenen Schleimhaut fest an.

Nach einer Periode von 2 bis 3 Tagen kann man sich überzeugen, wie sie sich von den echten diphtherischen Membranen durch ihre geringe Neigung zum Uebergreifen auf die benachbarten Theile, ganz besonders auf die Nasenhöhlen und oberen Luftwege unterscheiden. Albuminurie kann beobachtet werden.

Vom 3. bis 6. Tage fällt das Fieber so rasch wie es erschienen war. Die schon durch den eigenthümlichen Fieberverlauf berechtigte Analogie der eben beschriebenen Krankheit und der Pneumonie wird noch verstärkt durch die microscopische Untersuchung der Membranen, da sie die Anwesenheit des Fränkel-Talamon'schen Kapsel-Pneumococcus entdecken lässt.

Was die Therapie anbelangt, so räth J. vom Erscheinen der ersten localen Symptome an zu einer energischen localen Behandlung (Lossreissen der Membranen und Bepinselung der Mucosa mit einer Sublimatlösung 1 ‰ bis 2 ‰) zu greifen, während innerlich 1 bis 2 g Salicylsäure verabreicht werden. Erst nachdem die richtige Diagnose durch die microscopische Untersuchung der Membranen gestellt ist, darf man in der ersten Energie der Therapie etwas nachlassen. LUC.

84) **Burlureaux. Schwere der Angina beim Scharlach. (Gravité de l'angine dans la scarlatine.)** *Revue de therap. méd. ch. 1893. p. 46. No. 2.*

Gestützt auf eine gewisse Anzahl von Beobachtungen hält G. die Angina beim Scharlach für die schwerste Complication der Krankheit, die nach seiner Meinung die Prognose bestimmt und überhaupt einen Maassstab abgiebt für die Schwere des Falles.

Man hat es mit einem schweren Scharlach zu thun, wenn die Pseudomembranen schwer zu entfernen sind und sich leicht wiederbilden. Fast alle Scharlachkranke, die zum Exitus kommen, sterben an Streptococcämie, deren Eingangspforte sich im Halse befindet. Ohne diese begleitende Angina, die dem Secundär-

infect die Thür öffnet, wäre der Scharlach nicht so schwer. Diese Angina ist keine diphtheritische, sie ist zumeist durch Streptococcen erzeugt, seltener durch Staphylococcen und Pneumococcen.

Hieraus resultirt die Nothwendigkeit einer beständigen Behandlung: Gurgeln, Irrigation von Mund und Rachen mit warmen antiseptischen Lösungen und Pinselungen mit Liqu. ferri und Carbolsäure in Glycerin $^1/_{10}$. MENDEL.

85) **L. Herz** (Pilsen). **Ueber Anwendung des Ichthyols bei Angina.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 2.*

2 bis 3 proc. Ichthyolgurgelwässer leisteten ihm sehr gute Dienste bei allen Arten von Anginen mit Ausnahme der Angina follicularis. Schon nach 24 Stunden schwanden die Schmerzen und die Schwellung, trotzdem es sich immer um schwere Fälle handelte, die oft mit Oedem des Zäpfchens verbunden waren.

CHIARI.

86) **Francolte** (Lüttich). **Die Behandlung der acuten und subacuten catarrhalischen Angina mit Guajac-Harz. (Traitement de l'angine catarrhale aigue et subaigue par la résine de Gaiac.)** *Revue gén. de clin. et therap. 1. März 1893.*

Verf. verordnet das Guajac-Harz in Pulverform, gemischt mit Milchzucker und Gummi arabicum, in einer Dosis von 40—60 cgrm pro die, indem er dem Kranken empfiehlt, das Pulver im Munde zergehen zu lassen. LUC.

87) **Ch. Liégeois** (Bainville-aux-Saules). **Abortivbehandlung der Bräune. (Traitement abortif de l'esquinancie.)** *Rev. gén. de clin. et therap. 27. Febr. 1893.*

L. empfiehlt Pinselungen der Mandel mit Glycerin, das Chlorzink $^1/_{20}$ in in Lösung enthält, ferner 2—3 Tage lang die interne Anwendung von 4 g Salol täglich. LUC.

88) **Huguenin** (Zürich). **Ueber kryptogenetische Pleuritis.** *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. H. 3. 1893.*

H. versteht darunter alle jene Formen von entzündlichem Pleuraexsudat, welche früher als primäre, idiopathische, rheumatische und als Erkältungs-Pleuritis bezeichnet wurden, also diejenigen zweifelhafter Genese. Nebenbei gesagt, hält er wohl mit Recht den Begriff der Erkältung als einen grundursächlichen für viele Fälle aufrecht. In erster Linie nennt er als Pleuritiden, bei denen die Genese eine verborgene ist, die Exsudate, entstanden von den Rachenorganen aus. Nachgewiesen worden sind solche nach:

1. Angina lacunaris (Staphylococc. pyog. aureus und albus; Pneumococc. Fränkels).
2. Pharyngealabscess (Streptococc. pyogen.).

Als Folgekrankheiten dieser Primäraffectionen wurden sicher nachgewiesen:

Erysipelas faciei, Pleuritis, Pericarditis, Nephritis, Mediastinitis ant. et post., Endocarditis, Endo-Myocarditis, Pneumonie, periphere Abscesse, Meningitis, Gelenkentzündung, Phlegmone der Wade.

Unter diesen 12 Combinationen kam Pleuritis exsudat. 3 mal vor. In zwei

dieser Fälle wurde die Erkrankung des Pharynx erst durch die genaue Section gefunden, während sie im Leben neben der Pleuritis unbeachtet geblieben war.

H. stellt sich die Infection der Pleura vom Halse nach Injectionsversuchen von Fleiner, Virch. Arch., Bd. 112, 1888: „Ueber die Resorption corpusculärer Elemente aus der Lunge und dem Pleurasack" auf folgende Weise vor: Allerdings geht der Lymphstrom zwischen Pleura (pariet.) und Hals aufwärts. Nehmen wir nun z. B. an, das inficirende Agens (Coccen) sei bis zu den Mediastinaldrüsen vorgedrungen, so gerathen diese in Entzündung, werden für den Lymphstrom undurchgängig und es tritt in einer Seitenbahn, z. B. derjenigen, die nach der Pleura pariet. führt, eine rückgängige Bewegung ein und die Coccen erreichen die Pleura. Dass das dann erfolgende Exsudat nicht immer ein eitriges, sondern oft ein seröses ist, widerspricht der Cocceninvasion nicht, indem die obengenannten Coccen, z. B. Streptococcen, mit aller Sicherheit auch in Exsudaten nachgewiesen worden, die stets nur serös blieben und doch von ihnen wahrscheinlich hervorgerufen worden waren (?). — Das Nähere über dieses interessante Thema muss in der Arbeit selbst studirt werden. JONQUIÈRE.

89) **J. Winter** (Wien). **Luxation des 4. Halswirbels nach vorne. Reposition. Heilung.** Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 10. und 24. Februar 1893. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 7 u. 9.*

Durch rohe Bewegungen des festgehaltenen Kopfes eines 5jährigen Kindes wurde diese Verletzung erzeugt; Beweglichkeit sehr eingeschränkt. Schmerz. 4. Dornfortsatz nach vorn verschoben. Im Rachen nichts zu fühlen. Die Reposition gelang leicht in der Narcose. — Völlige Heilung. Lähmungserscheinungen hatten immer gefehlt. CHIARI.

d. Diphtherie und Croup.

90) **Booker. Wahre und falsche Diphtherie. (True and false diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1893.*

Die specifische Ursache der Diphtherie erblicken zahlreiche, ja wohl die meisten Untersucher in dem Klebs-Loeffler'schen Bacillus. Allein das Ziel, die diphtheritische Halserkrankung von der bei Scharlach und von anderen pseudodiptheritischen zu trennen, ist noch nicht ganz erreicht. Eine ganze Reihe neuerer Arbeiten hat gerade dieses Problem in Angriff genommen, dessen Lösung natürlich für die practische Thätigkeit des Arztes im Einzelfalle von bestimmender Bedeutung werden muss.

B. stellt eine vergleichende Studie an zwischen den bei der Scharlachangina gefundenen Bakterien und denen, die bei der echten Diphtherie vorkommen.

Die anatomischen Veränderungen, die — von der Pseudomembran abgesehen — der Diphtheriebacillus hervorruft, sind nicht durch dessen directe Ein-

wirkung erzielt, sondern der Bacillus dringt nicht in den Körper weiter ein, er wirkt durch eine toxische Substanz, die er erzeugt. Diese Veränderungen sind charakterisirt hauptsächlich durch eine heerdweise Gewebsnecrose mit einer eigenartigen Zerspaltung der Zellkerne.

Die anatomischen Veränderungen bei der Scharlachdiphtherie erfolgen durch eine Streptococcen-Invasion des gesammten Körpers und bestehen in ausgedehnten eitrigen Processen, einer directen Wirkung der Streptococcen. Auch Necrose kommt bei dieser Krankheitsform vor, doch liegen vergleichende Studien mit der echten diphtheritischen Necrose nicht vor.

Der ätiologische Factor liefert ein sicheres Kriterium für die Trennung der diphtheritischen und pseudodiphtheritischen Processe; trotzdem aber kann die Differentialdiagnose in einzelnen Fällen sehr schwierig sein.

Sowohl Masern wie Scharlach machen die Gewebe sehr zugänglich für den Diphtheriebacillus und die Complication mit Diphtherie ist bei diesen Krankheiten nicht ungewöhnlich.

Das constante Vorkommen von Streptococcen bei pseudo-diphtheritischen Processen in einer Menge, die dem Grade der Gewebsveränderungen proportional ist, weist auf einen causalen Zusammenhang der Coccen mit diesen Processen hin. Diese Ansicht wird gefestigt durch die Beobachtungen von Sörensen, nach denen die Coccen gewissermassen die Vorposten des anatomischen Processes bilden; S. sah, dass die Coccen in ganz frischen Fällen von Scharlachdiphtherie tief in die Schleimhaut eingedrungen waren, dass sie in der Umgebung von Lymphdrüsenabscessen verstreut lagen; dass sie der Infiltration bei ausgedehnter Phlegmone vorauseilen; dass sie in Fällen, wo Milzinfarkt und Peritonitis auftraten, in der Kapsel der Milz sich nachweisen liessen.

Die Streptococeen der pseudodiphtheritischen Angina sind weder als eine Species identificirt noch von anderen bekannten Streptococcen differenzirt worden, doch erscheint es wahrscheinlich, dass verschiedene Varietäten von Streptococcen in verschiedenen Fällen von pseudo-diphtheritischer Angina vorkommen können und es liegen auch Gründe vor für die Ansicht, dass es bestimmte Abarten von Streptococcen sind, welche die schwereren Fälle verursachen.

Diese Anschauung von dem causalen Verhältniss der Coccen zur Scharlach-angina hat natürlich nichts mit der specifischen Aetiologie der Angina zu thun, von der wir zur Zeit noch garnichts wissen.

Es ist bedauerlich, aber natürlich, dass diese Beobachtungen dem Arzte, der über die Natur eines verdächtigen Falles in Zweifel ist, keinerlei unmittelbaren Nutzen gewähren können; der Arzt muss sogleich handeln, er ist nicht in der Lage, das Resultat einer langen bakteriologischen Untersuchung abzuwarten. Wo Zweifel bestehen, ist es immer weiser, nach der Seite hin zu irren, die die sicherere ist, und die Maassnahmen zu treffen, die die Vorsicht und die Klugheit gebieten. Die Hoffnung bleibt bestehen, dass es der vereinten Laboratoriums- und klinischen Forschung doch gelingen wird, feste praktische Regeln für unser ärztliches Handeln zu gewinnen.

LEFFERTS.

91) **William Hallock Park** (New York). **Diphtherie und andere pseudo-membranöse Entzündungen. — Eine klinische und bakteriologische Studie. (Diphtheria and other pseudo-membranous inflammations. — A clinical and bacteriological study.)** *Medical Record. 11. Februar 1893.*

Verf. theilt in dieser zweiten Abhandlung das Resultat seiner klinischen und bakteriologischen Untersuchung an einer zweiten Serie von 104 Fällen von pseudomembranöser Entzündung mit. Seine Absicht bei der Fortsetzung dieser Studien war, seine früheren Schlüsse noch einmal zu controliren, die Methoden zur Gewinnung der Culturen zu diagnostischen Zwecken noch abzukürzen und zu vereinfachen und schliesslich auf eine Reihe von Einwendungen, die man häufig gegen den Werth der bakteriologischen Diagnose vorbringt, zu antworten.

Um zuverlässige und schnelle Culturen zu erhalten, nimmt P. Gläser mit modificirtem Löffler'schen Blutserum und impft darauf direct von dem Exsudat. Die Röhrchen bleiben dann 12 Stunden bei 37 ° C. Man nimmt dann Bakterien aus einer Anzahl der kleinen Colonien, färbt sie auf dem Deckglas und stellt mit dem Mikroskop sofort die Diagnose. In 73 von den 104 Fällen fand P. den Löffler'schen Bacill, gewöhnlich zusammen mit Streptococcen und anderen Bakterien. —

Die Mortalität bei der ächten Diphtherie betrug 26 pCt. — Bei dem Rest von 31 Fällen waren Streptococcen in Masse vorhanden in 26 Fällen, die Mortalität betrug 3 pCt.

In 3 von den Fällen, in denen der Löffler'sche Bacill vorhanden war, beschränkte sich die Membran auf die Nasenlöcher. Diese Fälle, die 6 anderen in der früheren Arbeit berichteten gleichen, nahmen einen milden Verlauf und heilten. Verf. giebt eine Anzahl Krankengeschichten, um die verschiedenen Typen dieser Entzündungen zu illustriren. G. M. LEFFERTS.

92) **A. S. Fraser. Die Diagnose der Diphtherie (Diagnosis of diphtheria.)** *Canada Lancet. März 1893.*

Ein Punkt, der bei der Diphtheriediagnose berücksichtigt werden muss und der noch nicht so beachtet ist, wie er es verdient, ist die Frage: ob ein Diphtherieanfall Schutz gewährt gegen spätere Attaken? Wäre dies nicht der Fall, müsste es dann nicht oft vorkommen, dass Familien, in denen Diphtherie geherrscht hat und die genau unter denselben Bedingungen zu leben fortfahren, die Krankheit fast dauernd bei sich beherbergen und würden nicht die Kinder, die an ungesunden Orten wohnen, ein zweites und ein drittes Mal erkranken müssen? W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **Chico. Einige Winke betreffend die Diphtherie im mexikanischen Hochland. (Some hints on diphtheria in the Mexican Highlands.)** *American Public Health Assoc. Report. XVII. 205.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **X. Ueber Verbreitung der Diphtherie. (Sulla diffusione della difterite.)** *Gazz. med. Lomb. 1893. No. 4, 5 u. 6.*

Redactioneller Artikel. Nichts Neues. TOTI.

95) **Redactionelle Bemerkung. Croup gegen Diphtherie. (Croup oz Diphtheria.)** *American Lancet. März 1893.*

Folgende Mittheilung wird als aus officiellen Quellen stammend gegeben: Im vergangenen Jahre entwickelte sich ein Fall von Croup in einer Stadt in Michigan; der behandelnde Arzt sprach ihn nicht als contagiös an. Der Pat. kam in eine andere Stadt und aus diesem einen Falle entstanden 146 Fälle, die als Diphtherie diagnosticirt wurden, und 17 Todesfälle an Diphtherie.

Wie man sie immer nennen möge, es ist doch evident, dass solche Fälle eine ganz strenge Absonderung von allen Gesunden verlangen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **Duncan Caddy** (London). **Diphtherie der Mamma durch Anlegen eines inficirten Kindes. (Mammary diphtheria from suckling an infected infant.)** *Brit. Med. Journ. 4. März 1893.*

Der mitgetheilte Fall wird durch die Ueberschrift hinreichend klargelegt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **J. Jones. Membranöser Croup. Bericht über einen Fall. (Membranous croup. Report of a case.)** *Alabama Med. and Surg. Age. März 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Aaser** (Norwegen). **Ein Fall von Croup als Complication bei Masern. (Et Tilfälde af Krup som Komplikation ved Mäslinger.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1892. S. 1087.*

Der Fall betraf ein 4jähriges Kind, das an Masern erkrankt und wegen Larynxstenose tracheotomirt war, aber kurze Zeit nach der Operation starb. Bei der Section wurde der Schlund frei gefunden, der Larynx war aber mit membranartigen Belägen ausgefüttert.

SCHMIEGELOW.

99) **R. D. R. Sweeting** (London). **Post-scarlatinöse Diphtheritis, eine statistische Analyse. (Post-scarlatinal diphtheria, a statistical analysis.)** *British Medical Journal. March 11. 1893.*

Der am 15. Februar 1893 vor der Epidemiological Society gehaltene Vortrag eignet sich nicht zu einem Referat, da er sich, wie im Titel angedeutet, hauptsächlich mit statistischen Verhältnissen befasst. Hervorgehoben muss nur die ungemeine Zunahme der diphtheritischen Complicationen werden, wie sie sich im Laufe der letzten Jahre bei dem in London fast stets epidemischen Scharlachfieber ausgebildet hat. Auch die Mortalität ist eine erschreckend grosse geworden.

SEMON.

100) **H. H. Tooth** (London). **Diphtheritische Lähmung mit zeitweiliger absoluter Taubheit. (Diphtheritic paralysis with temporary absolute deafness.)** *British Med. Journ. 11. März 1893.*

Klinischer Bericht über einen Fall von Diphtherie, in dem nach dem Verschwinden aller acuten Symptome vollständige Taubheit zugleich mit einer Gaumenlähmung eintrat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

101) W. S. Tingley. **Zwei Fälle von Diphtherie mit Folgekrankheiten. (Two cases of diphtheria with sequelae.)** *Lancet-Clinic. 18. März 1893.*

Die Folgekrankheit bestand beidemal in einer Lähmung. — Discussion.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) J. G. Edgren (Stockholm). **Zwei Fälle von diphtheritischen Lähmungen. (Tvänne Fall af difteritisk förlamning.)** Klinische Vorlesung. *Hygiea. Febr. 1893. S. 160.*

In dem einen Falle handelte es sich um Parese der Accomodationsmuskeln des Auges, Schlundes, Larynx (heisere Stimme) und der Extremitäten. — Heilung.

In dem anderen Falle traten die Lähmungen in hemiplegischer Form auf. Heilung.

SCHMIEGELOW.

103) D. Strock. **Ursache und Verhütung der Diphtherie. (The cause and prevention of diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

Verf. legt grossen Werth auf die prophylactische Behandlung, auf die Reinigung unsauberer Plätze, die Isolirung der Kranken, sowie der Personen, die dem Contagium ausgesetzt gewesen waren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) Dünges (Coblenz). **Zur Prophylaxe und Therapie der Rachendiphtherie.** *Der prakt. Arzt. 9. 1893.*

Prophylaxe: möglichst strenge Isolirung. Therapie: Herabsetzung des Fiebers durch Bäder, häufiges Gurgeln, Inhalationen.

SEIFERT.

105) Damieno (Neapel). **Ueber Diphtheritisbehandlung. (Sulla cura della difterite.)** *Arch. it. di Laringologia. 1893. No. 3.*

Warme Empfehlung der von Massei längst vorgeschlagenen Zerstäubungen von $^{1}/_{1000}$ proc. Sublimatlösung.

TOTI.

106) Barbatelli (Messina). **Behandlung der Diphtherie mit Schwefeleinblasungen. (Cura della difterite con le insufflazioni di zolfo.)** *Giorn. del R. Esercito e Marina. 1893. No. 4.*

B. glaubt die von ihm beobachteten $^{95}/_{100}$ Heilungen den gemachten lasungen zuschreiben zu dürfen.

TOTI.

107) J. A. de Armand. **Wasserstoffhyperoxyd bei Diphtherie. (Peroxide of hydrogen in diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

A. verwirft die Anwendung des Wasserstoffsuperoxyds in Form eines Sprays; dasselbe soll mittelst Sonde und Wattebausch in die entzündeten Stellen eingerieben werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) H. Garrison. **Ein paar klinische Beobachtungen über die Behandlung der Diphtherie. (Some clinical observations upon the treatment of diphtheria.)** *Diatetic and Hygienic Gazette. März 1893.*

G. empfiehlt die interne Anwendung von Terpenthin.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **C. F. Ingalls. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

J. hat neuerdings für die lokale Behandlung eine gesättigte Borsäurelösung in Aqu. Cinnamom. gewählt, der er einen 1 proc. Carbolsäurezusatz giebt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **S. C. Ingraham. Eine Erfahrung betreffend die Diphtherie. (An experience with diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

Eine practische Zusammenstellung der einzelnen Punkte, die zur täglichen Wartung und Pflege gehören, wie sie Verf. selbst bei einer Reihe von schweren Fällen durchgeführt hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **W. F. Waugh. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

W. empfiehlt folgendes Recept, um Clorwirkung auszuüben:

Rp. Kali chloric. pulv. 4.0
Acid. hydrochlor. 6.0
M. et adde
Tct. ferri chlor. 8.0
Aq. ut fiant 120.0.

S. Ein Theelöffel 2 stdlch. (Unverdünnt.)

Kleinen Kinder mit einem Pinsel auf die afficirten Partien aufzutragen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

112) **W. B. Stewart. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

St. empfiehlt für die locale Behandlung halbstündliche Einpinselungen von Wasserstoffperoxyd, die Tag und Nacht fortzusetzen sind ohne Rücksicht auf den Schlaf oder sonstige Einwendungen des Patienten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **A. L. Freeman. Echinacea Angustifolia. (Echinacea Angustifolia.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

„Das beste Mittel gegen Diphtherie ist die specifisch wirksame Tinctura Echinaceae angustifoliae in grossen Dosen.“ W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

114) **E. Kurz** (Florenz). **Lipothymia laryngea.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. No. 20.*

K. zieht die Bezeichnung: Larynxohnmacht der gewöhnlich gebrauchten: „Larynxschwindel“ vor. Er beobachtete 1886 einen typischen Fall: 58 jähriger Mann hatte seit 2 Jahren an behinderter Nasenathmung gelitten. 1883 Entfernung von Nasenpolypen, wonach Besserung. 1886 acute Laryngitis, gegen welche Kochsalzinhalationen und Codein verordnet wurden. Am Abend trat plötzlich, während er etwas zähen Schleim expectorirte, Bewusstlosigkeit auf von wenig

Secunden Dauer. Derartige Anfälle kamen mehrere. Einen sah K. selbst. Der Kranke, der sich im Bett aufgerichtet hatte, um ein Licht zu löschen, fiel in dem Ohnmachtsanfall aus dem Bett und wurde dort mit blassem Gesicht, ruhigem Gesichtsausdruck, schlaffen Gliedern, kaum athmend, mit sehr schwachem und langsamem Puls gefunden. Der Kranke hatte als Kind auf unbedeutende Anlässe hin Ohnmachtsanfälle bekommen. K. fasst das Sachverhältniss so auf, dass der periphere Reiz der Kehlkopfschleimhaut vom sensiblen Laryngeus super. durch die depressorischen Fasern im Vagus auf das vasomotorische Centrum in der Med. oblong. fortgeleitet und die Energie der letzteren dadurch herabgesetzt, gleichzeitig das Herzhemmungscentrum gereizt wird. Daraus resultirt Gehirnanaemie und Ohnmacht. LANDGRAF.

115) J. O. Roe. **Die Aetiologie des Laryngismus stridulus. (The etiology of laryngismus stridulus.)** *Journal Am. Med. Assoc. 21. Januar 1893.*

Für die Ursache des Laryngismus stridulus kommen folgende Punkte in Betracht:

1. Eine chronische Reizung des Kehlkopfs.

2. Eine abnorme Erregbarkeit der motorischen Kehlkopfcentra in der Medulla, die diese empfänglicher machen für den normalen durch das Blut ausgeübten Reiz, aber auch empfindlicher gegen die Reizung der peripheren Nervenendigungen im Kehlkopf.

3. Eine ungleiche Empfindlichkeit der adducirenden und abducirenden Muskeln gegen lokale Reizung und auch gegen den normalen Reiz des Blutes. — Die Abductoren, an den Aussenpartien des Kehlkopfgerüstes gelegen, sind den lokalen Reizen nicht so ausgesetzt, ihre motorischen Centra im Hirn werden weniger gereizt und sind darum weniger empfindlich gegen den normalen Reiz, weswegen der Krampf der Abductoren weniger häufig und wenn er vorkommt, weniger andauernd ist, als der Krampf der Adductoren. (?? F. S.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) George Herschell (London). **Ein Fall von nächtlichem Kehlkopfspasmus beim Erwachsenen. (A case of nocturnal spasm of the larynx in an adult.)** *Lancet. 13. Mai 1893.*

Krankengeschichte eines Falles, betreffend einen 36jährigen Mann, der etwa 2mal in der Woche von Kehlkopfkrämpfen heimgesucht wurde. Der Pat. war ausgesprochen neurasthenisch und litt stark an Dyspepsie. Während eines Anfalls fand man den Magen stets stark tympanitisch und wenn es gelang, dem Pa. Flatus zu entlocken, so traten in der folgenden Nacht die Krämpfe nicht auf. Die Anfälle schienen stets mit vorhergehendem starken Rauchen und mit Indigestionsstörungen in Verbindung zu stehen. MACKENZIE-JOHNSTON.

117) G. G. Stage (Kopenhagen). **Beobachtungen über Laryngospasmus. (Jagttagelser over Laryngospasmus.)** *Bibliothek for Läger. 15. Mai 1893.*

Der Verf. hat 144 Fälle der Krankheit beobachtet und giebt eine tabellarische Uebersicht von 88 Fällen, die er durch einen längeren Zeitraum verfolgt hat. Die Krankheit ist sehr oft angeboren und als ein Reflexkrampf anzusehen.

Verschiedene Irritamente aber, besonders seitens des Verdauungskanals können die Krankheit hervorrufen. Rachitis spielt ebenfalls eine grosse ätiologische Rolle. Die Behandlung ist hauptsächlich gegen die Ursache gerichtet. Symptomatisch ist Chloral anzuwenden. SCHMIEGELOW.

118) **Pacinotti** u. **Gallerani** (Camerino). **Reflecterischer Labio-Glosso-Laryngospasmus infolge eines im linken N. occipitalis steckenden Fremdkörpers.) (Spasmo riflesso glosso-labio-laringeo da permanenza di un corpo estraneo nel nerve occipitale sinistro.)** *Gazz. degli Ospitali. 1893. No. 58.*

Es handelte sich um ein ganz kleines Porzellanstück, das 12 Jahre früher in den erwähnten Nerven gedrungen war, und Sprach-, Kau- und Schluckbeschwerden verursachte, welche allmählich verschwanden nach Entfernung des Fremdkörpers sowie des ihn umhüllenden Narbengewebes. TOTI.

119) **Pott** (Halle). **Intubation bei einem Kinde mit Spasmus glottidis.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 16. 1893.*

Da die Tracheotomie gegen den Erstickungsanfall oft nicht hilft, empfiehlt Verf. die Intubation. Die künstliche Respiration allein genügt nicht.

SCHECH.

120) **Storm Bull** (Christiania). **Studien über die Aetiologie des Spasmus glottidis bei Kindern. (Studier over Etrologien af Spasmus glottidis bei Kindern.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1892. S. 663.*

Nach einer ausführlichen Besprechung der Geschichte der vorliegenden Frage schliesst sich der Verf. der Meinung an, dass der Spasmus glottidis als ein Symptom eines eigenthümlichen Leidens des Nervensystems bei rachitischen Kindern anzusehen ist. In der Kinder-Poliklinik zu Christiania sind in dem Zeitraum von 1879—92 100 Fälle von Spasmus glottidis beobachtet, und von diesen waren 94 notorisch rachitische Individuen. Bisweilen ist der Spasmus glottidis das erste Symptom einer beginnenden Rachitis. Von den 100 Fällen sind 6 gestorben. SCHMIEGELOW.

121) **Kassowitz** (Wien). **Ueber Stimmritzenkrampf und Tetanie im Kindesalter.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 13—21.*

K. wendet sich zuerst gegen die Ansicht Loos', dass der Laryngospasmus nur ein Symptom der Tetanie sei und dass dieser mit der Rachitis in keinem causalen Zusammenhange stehe. Er hält die Rachitis für die Ursache des Laryngospasmus 1. nach den Angaben vieler Autoren, die bei L. immer Zeichen von R. fanden. 2. Betont er, dass schon Craniotabes leichteren Grades und verspäteter Schluss der Fontanelle sicher Rachitis anzeige. 3. Hat er nie Laryngospasmus ohne Rachitis gesehen. 4. Tritt sowohl L. als R. am häufigsten im Winter und Frühjahr auf. 5. Leitet er den Laryngospasmus von der vermehrten Blutfülle der rachitischen Schädelknochen und der sie auskleidenden Häute her, welche ganz gut im Stande ist, eine Reizung der corticalen Centren (Horsley, Semon, Krause, Unverricht) der completen bilateralen Adduction der Stimmbänder oder des Athemstillstandes in der Exspirationsstellung zu erzeugen.

In 370 Fällen von Stimmritzenkrampf war die Fontanelle nur 4 mal geschlossen, obwohl 110 Kinder das erste Lebensjahr überschritten hatten. 6. Endlich brachte die Phosphortherapie immer Heilung, indem Kassowitz seit Anwendung derselben noch keinen Todesfall von Laryngospasmus beobachtete, sondern vielmehr alle Fälle genasen.

Die zahlreichen polemischen Erörterungen müssen im Originale nachgelesen werden. CHIARI.

122) Berggrün. **Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Bronchospasmus der Neugeborenen.** *Centralbl. f. Physiol. 1893. III. No. 5.*

B. erhielt an neugeborenen Thieren nach Reizung des Vagus Bronchospasmus; es ist wohl auch bei Kindern der Bronchospasmus nicht gar so selten wie bisher angenommen, und wohl „mancher Fall, den man nach den bisher geltenden Vorstellungen als Laryngospasmus ansieht, dürfte bei näherer Untersuchung sich als Bronchospasmus declariren. (? Ref.) A. ROSENBERG.

123) K. Pel (Amsterdam). **Ein merkwürdiger Fall einer traumatischen hysterischen Neurose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 24.*

Ein 27jähriger nicht nervöser Zimmermann stürzte 2 Stock hoch herunter, Bewusstlosigkeit. Später Hinterhauptskopfschmerz, Schwindel, der bei Bewegungen zunahm. Linke hintere Schädelhälfte schmerzhaft bei Beklopfen. Rechte Körperhälfte und Facialis paretisch. Gesichtsvermögen herabgesetzt. Schliesslich gänzliches Unvermögen zu gehen bei freier Bewegung der Beine im Bett. Diesem Manne entfernte man einen Larynxpolypen. Gleich nach der Entfernung desselben völlige Aphonie in Folge Paralyse der Adductoren. Später Hemianaesthesie. Mutismus. Hystero-epileptische Insulte. Tod an Pneumonie. Obductionsbefund im Gehirn negativ. LANDGRAF.

124) B. Holz (Berlin). **Laryngoskopische Befunde bei traumatischer Neurose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Holz vertheidigt in einer Polemik gegen H. Burger seinen in No. 33, 1892 der B. kl. W. ausgesprochenen Satz: wofern bei einem Fall von Neurose oder Neuropsychose nach Trauma eine doppelseitige Posticusparese beobachtet werde, sei mit Sicherheit Simulation auszuschliessen. LANDGRAF.

125) G. Ferreri (Rom). **Larynxneurosen nach gewissen gynäkologischen Operationen. (Nevrosi laringee dopo talune operazioni ginecologiche.)** *Arch. it. di otologia. 1893. H. 2.*

Nach gynäkologischen Operationen, zumal solchen, die mit Fixation von Residuen der unvollständig exstirpirten Genitalorgane an die Bauchwand endeten, hat F. wiederholt Larynxspasmen oder Paresen beobachtet, welche die Besonderheit darboten, dass sie von Schluchzen begleitet waren. Die Ursache solcher Erscheinungen sitzt nach V. nicht in der Hirnrinde, „da man nicht eine gleichzeitige Affection der beiden Phonationscentren annehmen darf“; vielmehr ist die Erklärung zu suchen in den anatomischen Beziehungen des Vagus mit der Innervation der Genitalorgane. — Vom therapeutischen Standpunkt aus hebt V. hervor,

dass Constrictorenparese und spastischer Husten sehr leicht einer electrischen Behandlung weichen, während Schluchzen grosse Tendenz zu Recidiven darbietet. — Wird nach wiederholter Electrisation kein Resultat erzielt, so räth V. zur Durchschneidung des N. laryngeus superior zu schreiten. TOTI.

126) **S. Exner** (Wien). **Ueber den N. laryng. med. mit Demonstration desselben.** *Verhdl. d. Berl. physiol. Gesellsch. 9. December 1892.*

Nachweis der Existenz des Nerven am Kaninchen; dieses Thier wurde gewählt, weil er bei demselben sonst noch nicht bestätigt ist, und weil hier der Nachweis leicht erbracht werden kann. E. zeigt, dass sich der M. cricothyreoid. contrahirt, wenn der Laryng. sup. und ebenso, wenn der Laryng. med. auf die Elektroden eines Inductionsapparats gelegt wird. A. ROSENBERG.

127) **S. Exner. Elektrische Reizung des Nerv. laryng. med. beim Kaninchen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 6.*

E. war eigens zu dem Zweck nach Berlin gekommen, um den von ihm entdeckten Lar. med. an derselben Stelle zu demonstriren, von der aus er von Katzenstein unter Munk's Leitung geleugnet sei. In der Discussion erkannte Munk an, dass gezeigt worden sei, wie beim Kaninchen ein Bündel Nervenfasern, welches aus dem Ramus pharyngeus vagi sich abzweige, motorisch auf den Musc. cricothyreoideus wirke. Dies könne ihn aber nicht nöthigen, die Existenz eines als besonderen Nerven zu beschreibenden Lar. med. anzunehmen. Er betrachte als Vorbedingung die Demonstration desselben Nerven und zwar als eines besonderen aus dem Pharyngeus vagi bis zum Muskel hinziehenden Astes auch bei anderen Thieren als beim Kaninchen. LANDGRAF.

128) **S. Exner** (Wien). **Die Innervation des M. cricothyreoideus.** *Virch. Arch. CXXXI. Heft 3.*

E. wendet sich gegen Katzenstein's Behauptung (Virch. Arch. CXXX.), dass ausser E.'s Schülern alle anderen Untersucher zu abweichenden Resultaten bezüglich des N. laryng. med. gekommen seien. A. ROSENBERG.

129) **G. Masini** (Genua). **Ueber Physiopathologie des Recurrens. (Sulla fisiopatologia del ricorrente.)** Aus dem Laboratorium der medicinischen Klinik Genua. 1893.

Einen Auszug aus den Experimenten selbst zu geben, ist unmöglich. Wir müssen uns begnügen, die Schlüsse wiederzugeben, die M. aus denselben zieht:

1. Der Recurrens führt centripetal- und centrifugalleitende Fasern.
2. Reizung und Druck auf den Recurrens bedingt zuerst Erhöhung des Adductionsvermögens, dann Contractur der Stimmbänder.
3. Die Contractur ist das Resultat der Zusammenziehung aller Larynxmuskeln, auch der Abductoren.
4. Auch die Abductoren sind theilweise dem Willen unterworfen.

Verf. verspricht auf mehrere Punkte zurückzukommen, welche weiterer Erklärung bedürfen. (Vgl. zu Schluss 1 den Briefkasten dieser Nummer. F. S.)

TOTI.

130) **Widmer** (Münsterlingen). **Ueber einseitige Durchschneidung und Resection des menschlichen Vagus.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 36. Bd. 3. 4. 1893.*

In 2 Fällen von malignen Tumoren des Halses wurde von Kappeler ein Theil des N. vagus (ohne Laryng. super.) mit dem Tumor resecirt. Die schon anderen Tages vorgenommene Larynx-Untersuchung ergab das Stimmband der gelähmten Seite unbeweglich in Cadaverstellung. Interessant war in dem 1. Fall das Verhalten des Kehldeckels. Derselbe hing in den ersten Tagen nach der Operation schief nach der Seite der Vagusresection herunter, später nahm er wieder normale Stellung und Beweglichkeit an. W. ist der Meinung, dass es sich um einen Reizzustand des Laryng. super. handelte, entstanden durch entzündliche Reaction vom centralen Vagusstumpf aus. In Bezug auf die Lungen trat ausser Hustenreiz keine auffällige Erscheinung auf, auch am Circulationsapparat war eine Störung nicht nachweisbar. SEIFERT.

131) **Morestin. Versuche an Hunden. (Experiences sur des chiens.)** *Société anatom. 23. December 1892. Journal des connaiss. méd. 1893. No. 1.*

Gelegentlich einiger Experimente betreffend die Einpflanzung des Ureters in das Rectum kam Morestin auch zur Nachprüfung gewisser Versuche am Hunde. Er machte diese Thiere aphonisch vermittelst eines besonderen Verfahrens; nach der Eröffnung des Larynx werden die Stimmbänder exstirpirt; die Operation hat sonst keine Folgen und die Hunde erfreuen sich nachher vollkommener Gesundheit. (Wozu solche Experimente, die nur Längstgewusstes bestätigen? Red.) E. J. MOURE.

132) **Wagner** (Halle). **Schemata der hypokinetischen Motilitätsneurosen des Kehlkopfes.** Leipzig, A. Langhauser. 1893.

Die vorliegenden Schemata sollen dem Anfänger in der Laryngoscopie das Verständniss der Stimmbandlähmungen erleichtern. Die erste Tafel behandelt die normalen Stimmbandstellungen, denen W. eine besondere Stellung die sog. „Adductionsstellung" beigefügt hat. Von der Nothwendigkeit derselben können wir uns nicht überzeugen. Die Wirkung der Kehlkopfmuskeln, wobei auch wieder diese Adductionsstellung figurirt, ist auf einem grösseren Demonstrations-Schema dargestellt. Auf zwei weiteren Tafeln sind die verschiedenen Stimmbandlähmungen verzeichnet, erklärende Bemerkungen finden sich für die verschiedenen Tafeln beigefügt. SEIFERT.

133) **Masini** (Genua). **Neue experimentelle Untersuchungen über die motorischen corticalen Larynxcentra. (Nuove ricerche sperimentali sui centri motori corticali della laringe.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1893. No. 7.*

Da seine früheren Experimente mit einer mehreren Einwänden ausgesetzten Methode gemacht worden waren, hat M. die neueren durch eine einwandsfreie Methode, d. h. mit Hülfe des entweder rein angewandten oder gelösten und mit Anilin gefärbten Cocains, angestellt; M. glaubt berechtigt zu sein, jetzt folgende Schlüsse zu ziehen:

I. „Auf der Hirnrinde des Hundes existiren zwei doppelseitige Centra, welche die Bewegungen der entgegengesetzten Larynxseite beherrschen". (Nicht ganz verständlich. Red.)

II. „Diese Centra verbinden sich mit anderen solchen motorischen, und

besonders mit denjenigen, die in engerer Beziehung sind mit der glottischen Function".

III. „Die wie auch immer angestellte Verletzung eines solchen Centrums hat keine Paralyse, sondern, wegen der Anwesenheit gekreuzter und directer Bündel, bloss eine glottische Parese zur Folge".

IV. „Beiderseitige Verletzungen verursachen ausgeprägtere und dauerndere Parese, die aber den Grad einer Paralyse nicht erreicht." (Die Schlüsse sind wörtlich wiedergegeben. Ref.) (Vgl. zu II und III den Briefkasten dieser Nummer. F. S.) TOTI.

134) **P. Pennald** (Udine). **Laryngealparalyse nach Typhus. (Paralisi laringea da tifo.)** *Rivista veneta di Scienze Mediche. 1893. No. 3.*

Es soll sich um eine während des fieberhaften Stadiums eines protrahirten Typhus entstandene, seit mehr als 6 Monaten bestehende Erweitererlähmung gehandelt haben. Die Glottis war auf einen Millimeter z. Z. der ersten Untersuchung reducirt. Trotzdem konnte Pat. ohne chirurgische Hülfe weiter leben. Nach 5 Jahren betrug die höchste Entfernung der Stimmbandränder 3 mm, und aus der unteren Fläche des rechten Stimmbandes ragte bei der Exspiration ein erbsengrosses blasses Körperchen empor, dem Verf. meint, keine Bedeutung beimessen zu dürfen. TOTI.

135) **Grabower** (Berlin). **Kehlkopfmuskellähmung.** *Berl. kl. Woch. 1893. No. 21.*

Gr. fand bei einem 41 j. Mann $1^{1}/_{4}$ Jahre vor Ausbruch anderer tabischer Symptome eine rechtsseitige Posticuslähmung. Bei der Demonstration des Kranken in der Berl. med. Gesellschaft weist er auf die Wichtigkeit der Kehlkopfuntersuchung bei allen nervösen Erkrankungen hin. LANDGRAF.

136) **H. Gutzmann** (Berlin). **Die geschichtliche Entwicklung der Lehre von den Gaumensegelbewegungen beim Sprechen, nebst einigen neuen Untersuchungen.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Juli-October. 1893.*

Im Anschluss an die ausführliche Darstellung der Lehre von den Gaumensegelbewegungen berichtet G. über eigene Untersuchung, welche er an einem geeigneten Fall anstellen konnte. Diese Untersuchungen ergeben, dass bei allen Vocalen und Consonanten (mit Ausnahme von m, n, ng) das Gaumensegel sich mehr oder weniger fest aber stets dicht an die hintere Rachenwand anlegt, während oberhalb der Verschlussstelle ein deutlicher Passavant'sche Querwulst auftritt. Ferner sind die Erhebungen des Gaumensegels verschieden stark bei den verschiedenen Vocalen, am geringsten beim a. Bei den Consonanten erhebt sich das Gaumensegel stets mindestens bis zu der Höhe, wie beim Vocal i, meist aber höher. Bei den Nasales m, n, ng bleibt das Gaumensegel ruhig. Hohe Töne bedingen eine höhere Erhebung des Gaumensegels als tiefe, und das gleiche gilt in demselben Sinne für laute und leise Töne. SEIFERT.

137) **J. Solis-Cohen. Sprechen ohne Kehlkopf und ohne Mitwirkung der Lungen. (Speech without a larynx and without use of the lungs.)** *Phil. Med. News. 18. Februar 1893.*

Der Pat., dem der Kehlkopf im April 1892 exstirpirt worden und dessen

Trachea in keinerlei Communication mit dem Mund gelassen war, hat durch Uebung allmählich gelernt, die Gaumenfalten so zu stellen, dass er sich derselben zu Sprachzwecken bedienen kann, in dem er sie durch die im Mund und Pharynx aufgespeicherte Luft in Vibration setzt. Er kann auf diese Weise Worte und kurze Sätze ganz hörbar aussprechen, manchmal so laut, dass man sie im anstossenden Zimmer vernehmen kann. Die Stimme hat Klang und ist nicht flüsternd.

LEFFERTS.

138) **Schultén** (Helsinfors). **Totale Exstirpation der Zunge und deren Einwirkung auf die Sprache.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 35. Heft 5 u. 6. 1893.*

Bei einer 32jähr. Frau wurde wegen recidivirenden Sarcoms der Zunge die ganze Zunge entfernt, wobei nur ein ganz kleines Stückchen der Zunge unversehrt gelassen wurde. Nach der Heilung fand sich eine glatte Narbe, welche von der Epiglottis bis an die Innenseite des Unterkiefers sich erstreckend den Boden der Mundhöhle bildete. Die Sprache war ursprünglich ganz unverständlich, bis man sich daran gewöhnte. Die Kranke hatte sich schliesslich eine eigenartige Sprache ausgebildet, indem sie mit erstaunlichend Regelmässigkeit einzelne von ihren Lauten für ganze Reihen der normalen Sprachlaute substituirte.

SEIFERT.

139) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Sprache in ihrer Beziehung zu Krankheiten des Nervensystems. (Speech in its relation to diseases of the nervous system.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1893.*

W. behandelt hauptsächlich die bei Geisteskrankheiten vorkommenden Störungen.

P. MC. BRIDE.

140) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Störungen der Sprache. (The disorders of speech.)** *Edinburgh Med. Journal. März und April 1893.*

Eine Fortsetzung der den Lesern unseres Blattes bekannten Reihe von Artikeln über die Sprachstörungen; nichts besonders erwähnenswerthes.

P. MC. BRIDE.

141) **John Wyllie** (Edinburgh). **Störungen der Sprache. — Fortsetzung. (Disorders of speech. Continued.)** *Edinburgh Med. Journal. Juni 1893.*

W. bespricht in der vorliegenden Fortsetzung die Sprachstörungen vom allgemein-medicinischen und physiologischen Standpunkt; für den Laryngologen nichts von besonderem Interesse.

P. MC. BRIDE.

142) **Oltuszewski. Ueber Sprachstörungen: Stottern und Stammeln. (O zboczeniach mowy: jakaniu i belkotaniu.)** *Medycyna. No. 27, 28, 30, 31, 32.*

Die Sprachstörungen werden nach Kussmaul in 3 Gruppen getheilt: I. Dysarthriae-Störungen der Articulation, sie betreffen Sylben und Worte; II. Dysphasiae-Dictionsstörungen; III. Dyslogiae — fehlerhafte Gedankenbildung.

Verf. bespricht eingehender nur den ersten Theil, da diese Störungen der Behandlung zugänglich sind. Die Symptome, welche allen Stotternden gemeinschaftlich sind, bestehen in Abnormitäten der Sprache: der Respiration, der Stimme und Articulation. Hierher gehören vom Willen unabhängige

tonische oder clonische Krämpfe, zuckende Bewegungen der Gesichtsmuskeln, der Zunge und manchmal zuckende Bewegungen der Extremitäten.

Die Therapie beruht auf physiologischer Basis und besteht in gymnastischen Uebungen der drei Bestandtheile der Sprache.

Nach ausführlicher Besprechung der verschiedensten Abarten des Stammelns, wie Sigmatismus, Rhotacismus, Rhinolacismus, Lambdacismus, Rhinolalia (aperta et clausa) giebt Verf. eine Reihe von Rathschlägen über die Hygiene der Sprachstörungen und eine Beschreibung der Sprachbildung beim Kinde. Die ersteren sollen bestehen in Beseitigung der Krankheiten des Nasenrachenraumes.

Den Kindern muss das Viel- und Schnellsprechen verboten werden, da dieselben am häufigsten das Stottern hervorrufen. Strenge Aufmerksamkeit soll darauf gerichtet sein, dass dem Kinde gute Beispiele der Aussprache zur Nachahmung geboten werden. Wo dies nicht berücksichtigt wird, kann leicht Stottern auftreten. Stotternde Kinder müssen so früh, wie möglich, aus der Schule entfernt und frühzeitiger Behandlung unterworfen werden.

LUBLINER (HERYNG).

143) **Coën** (Wien). **Zur Aetiologie des peripheren Stammelns.** *Medic.-pädagog. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 1. 1893.*

C. theilt 2 Fälle von Stammeln mit, bei welchen die während einer acuten Erkrankung des Rachens (Diphtherie) entstandene Sprachstörung nur theilweise nach Beseitigung der sie bedingenden Momente verschwand, während ein Rest der Sprachstörung unverändert blieb. Nach geeigneter Sprachkur Heilung.

SEIFERT.

144) **M. Crispino** (Neapel). **Beitrag zur elektrischen Behandlung des Stotterns. (Contributo alla cura elettrica del tartagliamento.)** *Giorn. int. d. Sc. Med. 1893. No. 8.*

Durch eine 40 tägige Galvanisation der Nn. hypoglossi und faciales erzielte C. vollständige dauerhafte Heilung des von Kindheit an bestehenden, bei einem 21 jähr. Manne beobachteten Stotterns. TOTI.

145) **Laubi** (Zürich). **Die Anwendung der Hypnose bei der Therapie des Stotterns.** *Med. päd. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 2. 1893.*

Aus den Beobachtungen Laubi's geht hervor, dass das Stotterübel sich durch die Suggestionstherapie günstig beeinflussen lässt. Leider aber verschwindet in viellen Fällen der erzielte Erfolg bald wieder und scheint er mit Ausnahme von wenig schweren Erkrankungen meistens nur dann ein bleibender zu sein, wenn die Suggestion durch das Hülfsmittel der Sprachgymnastik gestützt wird.

SEIFERT.

146) **H. Gutzmann** (Berlin). **Einige Bemerkungen zu Dr. Laubi's Aufsatz.** *Med.-päd. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 2. 1893.*

Aus den Bemerkungen G.'s zu obigem Aufsatz möge folgender beherzigenswerther Satz hervorgehoben werden, dass nämlich die Hypnose nur in den Fällen angewandt werden solle, wo alles andere im Stiche lässt, die Hypnose also als Ultima ratio anzusehen sei. SEIFERT

147) **Coën** (Wien). **Ueber die Anwendung der Hypnose bei der Therapie des Stotterns.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Juni 1893.*

In Uebereinstimmung mit Gutzmann und entgegen Laubi ist Coën auf Grund eigener Versuche der Ansicht, dass die hynotische Prozedur als gefährlich für die Behandlung des Stotterns auszuschliessen sei. SEIFERT.

148) **Laubi** (Zürich). **Antwort auf die Bemerkungen von Dr. Gutzmann betreffs Anwendung der Hypnose bei der Therapie des Stotterns.** *Med.-päd. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Mai 1893.*

Laubi will entgegen Gutzmann die Hypnose nicht nur als ultima ratio angesehen wissen. SEIFERT.

149) **G. C. Cathcart** (Edinburgh). **Die Kunst der Stimmbildung. (The art of voice production.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1893.*

Nichts von Bedeutung. P. MC BRIDE.

150) **E. D. Spear. Die Singstimme gebessert durch nasale Behandlung. (The singing voice improved by nasal treatment.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1893.*

Sp. beschreibt eingehend 2 einschlägige Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **E. Harrison Griffen. Hysterische Aphonie mit vollkommener Erhaltung der Singstimme. (Hysterical aphonia with a perfect singing voice.)** *N. Y. Med. Journ. 20. Mai 1893.*

Die Pat., ein 18jähriges Mädchen, gab die Anamnese mit schwacher, heiserer Stimme im Flüstertone, sie war ausser Stande beim Sprechen die Stimme lauter zu erheben, doch gab sie zur Ueberraschung des Arztes an, dass sie singen könne.

G. liess sie die Tonleiter singen; sie hatte alle Töne in hoher, Mittel- und tiefer Lage perfect und ohne eine Spur von Heiserkeit.

G. liess sie darauf do, re, mi etc. zu singen versuchen; auch diese Silben wurden ohne Heiserkeit und dabei sichtlich ohne Anstrengungen oder Schwierigkeiten herausgebracht. Versuchte die Pat. aber, diese Töne zu sprechen, dann sank ihre Stimme sofort zum leisen Flüstern. Und so blieb die Sprache beständig, ohne sich zu bessern, 11 Monate lang.

Bei der Besichtigung des Kehlkopfs zeigten sich die Stimmbänder von ganz normaler Färbung und dicht schliessend, was bei dieser Form der Aphonie ungewöhnlich ist. LEFFERTS.

152) **J. Punton. Ein Fall von hysterischer Aphonie beim Manne. (A case of hysterical aphonia in the male.)** *Kansas City Med. Index. Mai 1893.*

P. spricht den Fall als hysterische Aphonie an, obgleich eine Möglichkeit vorhanden ist, dass der Pat. simulirte oder auch, dass es sich um eine maskirte Form von Epilepsie handelte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) U. Coradeschi. **Hysterische Stummheit in Zusammenhang mit der Menstruation. (Mutismo isterico in rapporto col periodo mestruale.)** *Gazz. degli Osp. 12. August 1893.*

Die Ueberschrift sagt Alles. TOTI.

154) Lemcke (Rostock). **Die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin.** Leipzig, Alfred Langhauser. 1892.

Wenn auch die vorliegende Studie mehr für die Otologen Interesse hat, so finden doch auch wir in der äusserst werthvollen Arbeit eine Reihe von bemerkenswerthen Angaben. Bei der Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes fand L., dass eine besonders wichtige Rolle spielen die Tonsillarhypertrophie und die adenoiden Vegetationen, wenn sie mit anderen Processen complicirt sind, ferner die Hemmungsbildungen und die Erkrankungen der Nase und des Rachens bei congenitaler Lues. Bei 279 unter 478 Taubstummen constatirte er mehr oder weniger erhebliche Veränderungen, also in 58,5 pCt. und in 26,8 pCt. handelte es sich um solche Processe, denen eine ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Taubstummheit nicht abgesprochen werden kann. Unter 441 Untersuchten boten 342 einen normalen Kehlkopf, in 20 Fällen wurde Atrophie (aus Nichtgebrauch) der Stimmbänder, in 1 Fall Tuberkulose des Larynx, in 1 Falle Syphilis, in 19 Fällen akuter Katarrh, in 4 Fällen Compression der Trachea durch Struma, in 56 Fällen Erscheinungen der Laryngitis chronica gefunden. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

155) H. N. Avery. **Die Schilddrüse. (The thyroid gland.)** *N Y. Med. Times. Januar 1893.*

Vortrag, gehalten in der Minneapolis Homoeopathic Med. Society. Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

156) John L. Gibson (Brisbane, Queensland). **Die Function der Schilddrüse nebst Beobachtungen über einen Fall von Verpflanzung der Schilddrüse. (The function of the thyroid gland with observations on a case of thyroid grafting.)** *Brit. Med. Journal. 14. Januar 1893.*

Die Arbeit enthält hauptsächlich eine Kritik der Anschauungen Horsley's über die Function der Schilddrüse, mit denen G. sich nicht einverstanden erklären kann, besonders der blutbildenden Eigenschaften der Drüse. Der Verf. berichtet ferner über einen Fall, den er lange Zeit beobachtet hat; es wurde in diesem Falle 1891 eine Transplantation der Schilddrüse vorgenommen und erhebliche Besserung dadurch erzielt. MACKENZIE-JOHNSTON.

157) P. Marchesi (Catania). **Die respiratorische Mechanik bei thyreoidectomirten Hunden. (La mecanica respiratoria nei cani tiroidectomizzati.)** *Arch. per le Sc. mediche. 1893. No. 4.*

Aus seinen, im Laboratorium Ughetti's angestellten Experimente zieht M. folgende Schlüsse:

1) Nach der Extirpation werden während der Krampfanfälle respiratorische Frequenz und Temperaturerhöhung regelmässig beobachtet — nicht immer aber im Verhältnisse mit der Intensität des Anfalles.

2) Die grössere Frequenz hängt von vielen Faktoren ab: CO_2, Substanz von Zuntz und Geppert, athyreoidisches Quid, Temperaturerhöhung.

3) Ausserhalb der Anfälle bietet die respiratorische Frequenz weniger Schwankungen dar; manchmal aber kann sie beträchtlich langsamer werden.

4) Der Respirationstypus ist nicht alterirt.

5) Man beobachtet, beim grössten Theile der entthyreoidirten Hunde, und nicht nur in den letzten Lebensmonaten, eine periodische, mehr oder weniger entschieden remittirende oder intermittirende Athmung.

6) Bei Hunden, die keine bedeutende Krampfanfälle, und demzufolge keine grosse Erhöhung der Athmungsfrequenz darstellen, nimmt oft der Herzpuls sehr beträchtlich zu. TOTI.

158) **Pye Smith** (Sheffield). **Congenitale Vergrösserung der Schilddrüse. (Congenital enlargement of the thyroid.)** *Brit. Med. Journal. 25. Januar 1893.*

Der Fall betrifft ein kleines Mädchen, dessen Mutter an Basedow'scher Krankheit gelitten hatte. Verf. hat den Fall in der Sheffield Med. Chir. Society mitgetheilt. MACKENZIE-JOHNSTON.

159) **Stern** (Salmünster). **Zur Casuistik der Nebenkröpfe.** Dissertation. Würzburg 1893.

Bei einem 65jährigen Manne wurden gelegentlich der Exstirpation eines Lippencarcinoms und infiltrirter Halslymphdrüsen auch die Schilddrüse und drei latente Nebenschilddrüsen entfernt, welche letztere St. histologisch untersucht hat. SEIFERT.

160) **M. B. Veeder. Reduction von Kröpfen durch den faradischen Strom. (Reduction of goitre by the faradic current.)** *Phil. Med. News. 14. Januar 1893.*

Bericht über einen Fall bei einem 14jährigen Mädchen. Dauer der Erkrankung 1 Jahr. 10 Sitzungen nur waren nöthig, um den Hals auf seinen normalen Umfang zurückzuführen. LEFFERTS.

161) **J. R. Dupuis. Einige Bemerkungen über den Kropf und seine Behandlung. (Some remarks on goitre and its treatment.)** *Montreal Med. Journal. Januar 1893.*

Für frische Fälle empfiehlt D. eine starke Quecksilberbijodidsalbe.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

162) **C. R. Dickson. Beitrag zur electrischen Behandlung des cystischen Kropfes. (Contribution to the electrical treatment of cystic goitre.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 4. Februar 1893.*

Bericht über zwei Fälle. D. empfiehlt möglichst schwache Ströme anzuwenden und allmählich deren Stärke zu steigern. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

163) **J. C. Warren. Eine Geschwulst der Schilddrüse. (A tumor of the thyroid gland.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 5. Januar 1893.*

Die Patientin — eine Frau in mittleren Jahren — hatte einen linksseitigen Schilddrüsentumor, der seit einigen Jahren gewachsen war und in den letzten 6 Monaten starke Beschwerden besonders cardialer Natur verursacht hatte. Bei der Palpation der Geschwülste erschien der obere Lappen fest und prominent, der untere dagegen weich. Bei der Exstirpation ergab sich, dass beide Lappen Cysten waren, die Festigkeit des oberen Theiles war einzig bedingt durch die Spannung des Inhalts. Der untere Lappen war theilweise solid, theilweise mit Flüssigkeit erfüllt, doch nicht so gespannt. Nach der Operation wurde der Puls sehr schnell und unregelmässig. Man verordnete Digitalis. Die Pat. wurde schliesslich ganz gesund. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

164) **Hector W. G. Mackenzie** (London). **Das Myxoedem und die neueren Fortschritte in der Behandlung desselben. (Myxoedema and the recent advances in its treatment.)** *Lancet. 21. Januar 1893.*

Eine klinische Vorlesung im Royal Free Hospital, die ein ausgezeichnetes Resumé über obigen Gegenstand giebt. MACKENZIE-JOHNSTON.

165) **A. Barron** (Liverpool). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1893.*

B. giebt eine ausführliche Uebersicht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse über diese Krankheit, er stellt dabei einige neue Behauptungen über das Wesen der colloiden Massen auf, besonders über ihre Verwässerung.

P. MC BRIDE.

166) **E. Mendel. Ein Fall von Myxoedem.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1893. No. 2.*

M. hat bei einer an Myxoedem seit Jahren leidenden Frau Schilddrüsenextract von Schafen injicirt und Besserung feststellen können. LANDGRAF.

167) **William Robinson** (Darlington). **Myxoedem zusammen mit Kropf. (Myxoedema associated with goitre.)** *Brit. Med. Journal. 7. Januar 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber nimmt R. auf eine frühere Publication über den endemischen Kropf Bezug. Der Verfasser stellt eine Anzahl von Zuständen zusammen, bei denen ein Ausfall der Function der Schilddrüse besteht und von denen bekannt ist, dass sie Myxoedem und die anderen Symptome des Cretinismus erzeugen. MACKENZIE-JOHNSTON.

168) **R. A. Lundie** (Edinburgh). **Ein Fall von Myxoedem behandelt mit Schilddrüsenextract und mit Verfüttern von Schilddrüsen. (A case of myxoedema treated with thyroid extract and thyroid feeding.)** *British Medical Journal. 14. Januar 1893.*

Bericht über einen Fall (mit zwei Abbildungen) von deutlich ausgesprochenem Myxoedem, der zuerst mit Injectionen von Schilddrüsenextract, dann mit Verfütterung von Schilddrüsen behandelt wurde. MACKENZIE-JOHNSTON.

169) . . . **Schilddrüsenextract bei Myxoedem. (Thyroid extract in myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 4 Februar 1893.*

Eine redactionelle Bemerkung über die zahlreichen neueren Arbeiten auf diesem Gebiete. MACKENZIE-JOHNSTON.

170) **J. Vermeulen** (Copenhagen). **Die Behandlung des Myxoedems durch Verfüttern von Schilddrüsen. (The treatment of myxoedema by feeding with thyreid gland.)** *Brit. Med. Journ. 4. Februar 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber macht V. darauf aufmerksam, dass Prof. Howitz (Copenhagen) bereits vor Hector Mackenzie diese Behandlungsmethode mit sehr gutem Erfolge angewendet hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

171) **Roswell Park. Bau des Oesophagus und Gastrotomie. (Oesophageal structure and gastrotomy.)** *Phil. Med. News. 18. März 1893.*

Eine klinische Vorlesung, sich anschliessend an einen recht interessanten Fall; nichts neues. LEFFERTS.

172) **J. Carmichael** (Edinburgh). **Fistelöffnung zwischen dem Oesophagus und einem Empyem der Pleurahöhle. (Fistulous opening between oesophagus and empyema of the pleural cavity.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1893.*

Demonstration des Präparates. Während des Lebens kamen Dinge, die der Pat. geschluckt hatte, durch die Oeffnung im Thorax, die durch Resection einer Rippe geschaffen war, wieder zum Vorschein. P. MC. BRIDE.

173) **Knott** (Dublin). **Ein Fall von Verschlucken einer Nadel. (Note on a case of pin-swallowing)** *Dublin Journal of Med. Scienc. Januar 1893.*

Die Nadel kam 16 Tage nach dem Verschlucken wieder zum Vorschein, Es wird ein zweiter Fall berichtet, in dem die Nadel an der Innenseite des Oberschenkels 9 Monate nach dem Verschlucken extrahirt wurde.

Smith, Moore, Parsons, Potter, Burgers und Dawson sprachen zur Discussion. P. MC. BRIDE.

174) **Carl Beck. Entfernung eines Knopfes aus dem Oesophagus. (Removal of a button from the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 21. Januar 1893.*

Der Knopf wurde aus dem Oesophagus eines Kindes mittelst Einschnitts am oberen Rand der ersten Rippe entfernt. Derselbe hatte den Oesophagus nach der Trachea zu perforirt und übte auf diese einen Druck aus. Die Wunde wurde offen behandelt, das ganze mit Gaze austamponirt; allein das Kind starb innerhalb 24 Stunden, eine Illustration der Gefahren, die das Warten mit sich bringt. Bevor B. den Fall sah, hatten schon anderweitige Versuche, den Fremdkörper zu entfernen, stattgefunden. LEFFERTS.

175) **Duffan. Aeussere Oesophagot^omie zur Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (External oesophagotomy for the removal of a foreign body from the oesophagus.)** *Phil. Med. News. 18. Februar 1893.*

D. berichtet über den Fall eines 21 jährigen Menschen, der beim Laufen einen grossen Stein schluckte, den er zufällig im Munde hielt. Beim Palpiren nahm man in der Höhe der Incisura sterni eine Resistenz wahr und an der entsprechenden Stelle stiess auch eine in den Oesophagus eingeführte Sonde auf einen unüberwindlichen Widerstand. Das Schlucken war sehr erschwert, nur Flüssigkeiten in kleinen Mengen glitten herunter. Alle Versuche, den Fremdkörper zu verlagern oder zu entfernen, schlugen fehl; man entschloss sich schliesslich zur äusseren Oesophagotomie. Nach der Operation wurde der Pat. durch die Sonde ernährt. Complicationen traten nicht auf; 9 Tage nach der Operation konnte der Pat. Flüssigkeiten auf normalem Wege zu sich nehmen, ohne dass etwas zur Oesophaguswunde herausdrang; bald war die Heilung vollständig.

LEFFETRS.

176) **J. O. Roe. Die Gefahren der Festkeilung von Fremdkörpern im Oesophagus. (Dangers attending the lodgement of foreign bodies in the oesophagus.)** *Med. Mirror. Januar 1893.*

R. macht darauf aufmerksam, dass die Gefahren nicht immer proportional den unmittelbar sich zeigenden Symptomen sind, dass bisweilen alarmirende Symptome ganz und gar fehlen und doch der weitere Verlauf zu höchst ernsthaften Folgen führen kann.

In allen Fällen, wo die Gegenwart eines Fremdkörpers vermuthet werden kann, soll der Oesophagus sorgsam explorirt werden und wenn der Fremdkörper gefunden ist, soll er, wofern er nicht so fest eingekeilt ist, dass eine Zerreissung des Oesophagus zu befürchten steht, mittelst irgend eines Instrumentes vom Munde aus extrahirt werden; ist dies unmöglich oder sonst aus irgend einem Grunde widerrathen, so soll, wenn der Fremdkörper durch einen Einschnitt am Halse zu erreichen ist, die äussere Oesophagotomie gemacht werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

177) **J. S. Prettyman. Oesophagusstenose. (Oesophageal stenosis.)** *N. Y. Med. Record. 4. Februar 1893.*

Ein Fall von einem im Oesophagus eingeklemmten Pfirsichkern geheilt durch ein Brechmittel. Verf. gab 30 Fluid extract von Lobelia inflata in 300 warmem Wasser; wenn nöthig wiederholt, bis Erbrechen erfolgt. Der betr. Pat. brach den Kern nach wenigen Minuten zu seiner eigenen und zu des Arztes nicht geringer Erleichterung aus.

LEFFERTS.

178) **E. F. Ingals. Krampf des Oesophagus; Oesophagusstrictur. (Spasm of the oesophagus. Stricture of the oesophagus.)** *Chicago Clinical Review. Januar 1893.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Bericht über die Verhandlungen der laryngo-rhinologischen Abtheilung der 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg.

11.—14. September 1893.

Einführender: Dr. Heller.
Schriftführer: Dr. Helbing.

I. Sitzung am Montag, den 11. September, Nachmittags 3 Uhr.

Dieselbe war von Anfang an zu einer reinen Geschäftssitzung bestimmt. Nachem der Einführende mit einigen einleitenden Worten dieselbe eröffnet und die Anwesenden begrüsst hatte, wurden die Vorsitzenden für die drei nächsten Sitzungen gewählt in der Person der Herren Jurasz, Schech und P. Heymann, als 2. Schriftführer Herr J. Neugass. Nach weiterer Erledigung einiger geschäftlicher und formeller Dinge wurde die nächste Sitzung auf Dienstag, den 12. September, Morgens 9 Uhr, anberaumt und die Tagesordnung für dieselbe festgestellt. Ferner wurde für Dienstag Nachmittag eine gemeinsame Sitzung mit Abtheilung 22 für Dermatologie und Syphilis, sowie für Donnerstag Nachmittag eine solche mit der Abtheilung 20 für Otologie in Aussicht genommen.

II. Sitzung vom 12. September, Morgens 9 Uhr.

Vorsitzender: Jurasz.

1. Haupt (Bad Soden):

Meinungsverschiedenheiten über den Werth der Mineralwasserkuren für die Behandlung der Catarrhe des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.

Redner bezieht sich zunächst auf seinen gelegentlich der Heidelberger Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag über die Indicationen der localen Therapie in den Badeorten, in welchem er der letzteren gebührende Rechnung getragen habe. Seine heutigen Ausführungen seien wiederum veranlasst durch die inzwischen erschienene neue Literatur, in welcher er noch immer die Anerkennung vermisse, welche den Badekuren bei gewissen Catarrhen zukomme; ja man habe sogar mit scharfen Worten darin gegen die Badekuren gekämpft. Nach der Auffassung des Redners dreht sich die Meinungsverschiedenheit hauptsächlich um die Frage, ob chronische Catarrhe des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes gemeiniglich nur locale Affectionen sind, welche auch nur local behandelt werden müssen, oder ob nicht eine grosse Anzahl dieser Catarrhe in Abhängigkeit stehen von Allgemeinerkrankungen, welche auch unter einer Allgemeinbehandlung, wie

es bei Badekuren geschieht, sich bessern werden. Es folgt nun eine eingehende Besprechung der ätiologischen Momente, welche für die Catarrhe in Frage kommen. Der Urgrund hierfür ist häufig schon in der frühesten Jugend zu suchen, wo durch unzweckmässige Ernährung und späterhin durch Angewöhnung von Schädlichkeiten eine anhaltende Reizung und Erkrankung der obersten Luft- und Verdauungswege geschaffen wird. Solche diffuse Catarrhe, wie sie z. B. durch Rauchen, Trinken, schädigende Berufsgewohnheiten etc. allmählich entstehen, werde auch durch locale Therapie allein nicht beseitigt. Andererseits giebt es eine Reihe von Affectionen, welche in Abhängigkeit stehen von Erkrankungen der unteren Theile des Respirations- und Digestionsweges, dessen oberster Theil der Pharynx ist. Dahin gehören die Rachencatarrhe der Unterleibsleidenden, der Plethoriker etc., welche auch am ehesten Besserung finden, wenn das zu Grunde liegende Leiden geeignete Behandlung findet. Redner führt weiter an die infolge von Anaemie entstehenden Catarrhe sowie Störungen des Nervenapparates und die chronischen Catarrhe der Syphilitischen und Tuberculösen, welche eben auch wieder zu allgemeiner Behandlung sich mehr eignen. Im Allgemeinen werde ja auch diese Auffassung von den Specialisten getheilt, wie sich bei Behandlung syphilitischer Affectionen und gelegentlich der Versuche mit dem Tuberculin zeigt. Sicherlich wären rationell geleitete Badekuren sowohl bei den im Zusammenhang mit Allgemeinerkrankungen stehenden Catarrhen am Platze wie bei solchen, welche die Abgewöhnung schädlicher Angewohnheiten zur definitiven Besserung bedingen. Redner bespricht zuletzt noch die allgemeinen Beziehungen der Balneologie zu den Specialwissenschaften, welche dadurch nicht die würdige Stellung erhielten, dass ein besonderer Lehrstuhl für die Balneotherapie an den Lehrcentren mangele, und in den specialistischen Kliniken wenig Notiz davon genommen werde. So bleibe nichts übrig für die Orientirung des practischen Arztes als die gratis gelieferten Prospecte und Prospectsammlungen, welche wiederum die Verbreitung der besseren balneologischen Literatur hintanhalten. Nachdem die Literatur der Specialisten mehr wie früher die Quelle des Studiums der heranwachsenden Mediciner bilde, so müssten auch in diesen Büchern solche wichtige Unterstützungsmittel, wie sie die Balneotherapie z. B. für die Krankheiten des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes bietet, eine eingehendere und würdige Besprechung finden. Darauf aufmerksam zu machen, sei der Zweck dieses Vortrages. (Autoreferat).

Eine Discussion knüpft sich hieran nicht.

2. Schech (München):

Ueber Laryngitis fibrinosa.

Es giebt im Larynx eine Affection, die mit der Bronchitis fibrinosa völlig analog ist und sich durch fieberlosen Verlauf, zeitweises Auftreten von hochgradiger, sich bis zur Asphyxie steigender Dyspnoe und Expectoration pseudomembranöser Massen auszeichnet. In dem vom Vortragenden beobachteten Falle bei einer 47 jährigen sonst völlig gesunden Frau bildete sich 2 Monate lang jeden dritten Tag ein den Kehlkopf verengender und einen Abguss des linken Ventrikels und linken Taschenbandes vorstellender Pfropf, mit dessen theils spontaner,

theils künstlicher Entfernung die Athemnoth sofort aufhörte. Die therapeutischen Eingriffen hartnäckig trotzende Erkrankung heilte endlich nach Einpinselung einer 10proc. Lapislösung mit darauf folgender Einreibung von Jodoformpulver auf die ergriffenen Stellen. In den fibrinösen Massen finden sich Haufen von Streptococcen wie Staphylococcen und glaubt deshalb der Vortragende, diese als Ursache der Erkrankung betrachten zu dürfen. Erwähnt sei noch, dass das Ausziehen des Pfropfes aus dem Ventrikel jedesmal von einem klatschenden Geräusch begleitet war.

3. S. Meyersohn (Warschau):

Zur Laryngitis fibrinosa bei Erwachsenen.

Die Laryngitis fibrinosa bildet bei Erwachsenen eine seltene Erkrankung. Diese Bezeichnung wird von M. als Sammelbegriff für alle mit plastischen Ausschwitzungen einhergehenden Kehlkopfentzündungen gebraucht und lassen sich dieselben in folgende 3 Formen classificiren:

1. Croupöse oder diphtheritische Laryngitis, eine mit Erscheinungen allgemeiner Infection einhergehende, durch die Invasion des specifischen Diphtherie-Bacillus bedingte Erkrankung.

2. Laryngitis fibrinosa bei Scharlach oder die sog. Streptococcen-Diphtheritis.

3. Die einfache Laryngitis fibrinosa, ein auf lokale Reize ohne Allgemeinstörungen auftretender Process, zu dem als Analogon das bekannte Entstehen von Pseudomembranen in der Nase nach galvanokaustischen Aetzungen und die bei Kindern öfter vorkommende einfache Rhinitis fibrinosa bezeichnet werden kann. Dass diese dritte Categorie auch wirklich vorkommen kann, war für Vortragenden bis zur Beobachtung eines hierhergehörenden Falles zweifelhaft.

M. theilt je einen zu den 3 Categorien gehörenden von ihm beobachteten Fall mit und zwar:

1. Bei einer 30jährigen Frau einen primären Larynxcroup mit Erscheinungen der Stenose, der jedoch auf antiphlogistische Behandlung ohne Tracheotomie heilte.

2. Eine Scharlach-Diphtheritis im Rachen und Kehlkopfe bei einer 22jährigen Frau, bei welcher zugleich mit der Desquamation der Haut auch der Belag sowohl im Rachen als auch im Kehlkopfe sich ablöst.

3. Einen Fall von Laryngitis fibrinosa bei einem 30jährigen Arzte, der wegen Colitis sich ein Clystier von Aqua calcis machen sollte, aber irrthümlicher Weise dazu eine Carbollösung verwandte. Es entstand gleich darauf Collaps mit stertorösem Athem, Bewusstlosigkeit, der Puls war nicht zu fühlen, und unter anderen Belebungsversuchen wurde ihm längere Zeit ein Fläschchen mit Ammon. caustic. unter die Nase gehalten. Einige Stunden nach dem Wiederkehren des Bewusstseins verspürte Patient starke Halsschmerzen und am folgenden Tage hatte sich ein croupöser Belag an den falschen und wahren Stimmbändern ausgebildet, der ganz das Bild des Larynxcroups darbot. Der Belag löste sich sehr langsam und liess Exulcerationen zurück, die erst nach mehrwöchentlicher Behandlung heilten.

In der Epicrise bemerkte M., dass die beiden ersteren Fälle einen vollständig analogen Verlauf, wie er bei Kindern gewöhnlich angetroffen wird, hatten, und nur wegen der relativen Seltenheit bei Erwachsenen hier mitgetheilt worden sind. In dem dritten Falle, der als ein äusserst seltener betrachtet werden kann, und den Thierexperimenten, bei denen bekanntlich durch Ammoniak-Inhalationen croupöse Entzündungen hervorgerufen worden sind, fast gleichgestellt werden könnte, bemerkt M., dass hier die Entzündung auf den Reiz der Ammoniak-Dämpfe zurückzuführen sei und glaubt, dass die einfache Laryngitis fibrinosa in den Handbüchern als besondere Form beschrieben werden und nicht zusammen mit dem Larynxcroup abgehandelt werden sollte.

Discussion über beide Vorträge.

P. Heymann: Der Fall des Herrn Scheeh ist jedenfalls sehr selten und mir weder aus der Literatur noch aus eigener Beobachtung etwas ähnliches bekannt. Im Betreff des Falles 3. Meyersohn erlaube ich mir an die experimentellen Untersuchungen von Ph. Knoll in den Abtheilungen der Wiener Academie über Entstehung von Croupmembranen nach Einathmung flüssiger Substanzen namentlich von Ammoniak zu erinnern. Bemerkenswerth ist die Schalenbildung in den Scheeh'schen Fällen.

Aronsohn (Ems-Nizza) regt die Frage an, ob nicht bei den letzten von Meyersohn angeführten Fällen die Laryngitis fibrinosa mehr von der Carbolintoxication als von der Ammoniak-Inhalation verursacht sei und erwähnt einen selbst beobachteten Fall, wo nach Sublimat-Intoxication bei vaginalen Ausspülungen Dysenteria crouposa mit fibrinöser Belag auf der Zunge und starker Heiserkeit aufgetreten wrr.

Scheeh: Die Membranen der beschriebenen Fälle zeigen concentrische Ringe, in der Mitte einen Hohlraum. Anschliessend bemerkt er, das genuiner Croup bei Erwachsenen sehr selten sei und er nur einen Fall bisher gesehen; dagegen sind ziemlich häufig die durch Touchiren mit Lapis erzeugten Schorfe. Häufig sind die diphtheritischen Formen, sehr selten wird der Larynx übersprungen und die Trachea ergriffen.

Meyersohn beantwortet die Anfrage Aronsohn's, dass weder in der Nase noch im Pharynx Beläge oder andere deutliche Irritationserscheinungen vorhanden waren, und glaubt der Carbolintoxication keinen Einfluss auf die Entstehung der Laryngitis fibrinosa zuschreiben zu können.

Zum Vortrage Scheeh's bemerkt Meyersohn, dass er eine chronische Pseudomembran-Bildung an einer Mandel vor mehreren Jahren beobachtet habe, die nach Ablösung immer wieder recidivirte und nur durch Exstirpation der Mandel geheilt werden konnte.

4. S. Meyersohn (Warschau):

„Zur membranösen Verwachsung im unteren Pharynxraume".

Der obere Abschnitt des Respirationstractus ist der beliebteste Ort für syphilitische Narbenbildung und Stricturen, doch sind membranöse Verwachsungen ziemlich selten. M. hat sowohl im oberen als im unteren Pharynxraum dieselbe

zu beobachten gehabt und theilt einen Fall von Membran in unteren Pharynxabschnitte mit. Derselbe betraf einen 16jähr. Knaben, der über schweres Athmen und Schlucken seit 2 Jahren klagte. Die Anamnese ergab früheres syphilitisches Halsleiden im 3. Lebensjahre und syphilitische Hautulceration im 10. Jahre. Die Untersuchung ergab ein narbiges Diaphragma von der hinteren Rachenwand und den Seitenwänden ausgehend, das den Rachen in einen oberen und unteren Abschnitt theilte und nur einen 2 mm langen sagittalen Spalt zeigte. Die Behandlung bestand in einer Verlängerung des Spaltes mit dem Messer und einer Erweiterung desselben nach rechts und links, so dass schliesslich eine runde Oeffnung von 2 cm erzielt wurde. Der untere Pharynxabschnitt erwies sich ebenfalls stenosirt und wurde durch längliche Einschnitte erweitert. Zur Ablösung des weichen Gaumens bediente sich Autor eines eigenes dazu gemachten Messers, dessen Klinge vom Stiel rechtwinkelig abgebogen ist, dieselbe ist 1 $^1/_2$ cm lang, $^1/_2$ cm breit, abgerundet und zweischneidig. Das Instrument bewährte sich und wird empfohlen. Die Nachbehandlung bestand in der Einführung von Jodoformtampons.

In der Epikrise bemerkt der Vortragende, dass die Stricturen im Pharynx entweder in der cylindrischen oder in der membranösen Form angetroffen werden, oder in einer Combination beider und dass die Prognose bei den membranösen günstiger ist.

Discussion:

Lieven (Aachen) behandelt die Verwachsungen des weichen Gaumens mit der Rachenwand in der Art, dass er in der Narcose und bei hängendem Kopf mit der krummen Scheere trennt und dann in den ersten 3—4 Tagen einen möglichst grossen Gazetampon in den Nasenrachenraum einführt, den er dann später durch einen etwas kräftig gearbeiteten Rhineurynter ersetzt, der von vorne mit Luft gefüllt eine allseitige Compression ausübt und dem Narbenzug entgegen wirkt. Ausspülungen können dabei nicht entbehrt werden. Der kleine Apparat wird täglich eingelegt und bleibt 2—4 Stunden liegen. Die Behandlung muss mindestens 2 Monate lang fortgesetzt werden.

5. R. Kafemann (Königsberg):

„Ueber einen seltenen Rachentumor."

Angesichts der Seltenheit derartiger Gebilde legt derselbe die Zeichnung eines Rachentumors vor, den er vor einigen Monaten beobachtete.

Ein 16 jähr. Jüngling suchte wegen häufigen Schnupfens und consecutiven Tubenkatarrhes Hülfe. Befund in der Nase: linkerseits eine gestielte polypoide Hypertrophie der mittleren Muschel. Die Ohren beiderseits normal. In der Rachenhöhle folgendes Bild: Vom linken Arcus palato-glossus entspringend, legt sich quer über den Zungenrücken und die Uvula hinweg, die Mittellinie nach rechts überschreitend ein Tumor von der Grösse eines Kleinfingergliedes. Farbe wie die übrige Schleimhaut, Consistenz weich, nirgends eine ulcerative Läsion, freie Beweglichkeit. Das Gebilde machte gar keinen Beschwerden und der Kranke hatte keinen Ahnung von dessen Existenz. Es wurde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen, bei der Lösung des Schorfes trat eine erhebliche Blutung

auf. In Alcohol gehärtet und in Celloidin eingeschlossen ergaben die mit dem Microtom gemachten Schnitte folgende Befund: Die Oberfläche geschichtetes Plattenepithel. Die Geschwulst besteht selbst aus fibrillärem Bindegewebe und Fett. Dazwischen eingespregte linsengrosse Knorpelinseln, und zwar mit der Structur des Netzknorpels; bei Färbung mit dünner Jodlösung tritt deutliche Glycogen-Reaction ein. Ferner finden sich besonders in der Mitte zahlreiche Schleimdrüsen mit Cylinderepithel. In einzelnen Drüsenläppchen sind kleinere Retentionscysten, die eine glänzende homogene Masse bergen. Die Aussenwand ist von einzelnen Drüsenläppchen durchsetzt und besteht gröstentheils aus dünnwandigen prall gefüllten Capillargefässen, mitunter auch einzelne kleine arterielle Gefässe.

Im Resumé lässt Autor dahin gestellt, ob das Vorkommen von Knorpelsubstanz in dieser Neubildung auf Metaplasie beruhe oder ein versprengter Rest eines embryonalen Kiemenbogens sei, neigt sich jedoch mehr letzterer Auffassung zu.

6. Kafemann macht dann noch einige Bemerkungen über die therapeutische Verwendung einer Combination von Menthol und Eucalyptol.

Die auch im Ausland vorwiegend benutzte Lösung ist die des Menthols in Olivenöl. Um den, zahlreichen Menschen unsympathischen Geschmack des Olivenöls zu eliminiren und um zweitens eine stärkere Concentration zu erzielen, machte er zahlreiche Versuche, bei welchen der Campher eine analoge Verwendung fand, wie in dem Naphthol camphoré der Franzosen. Es musste indessen der Campher vom Arbeitsprogramm ausgeschlossen werden, trotzdem derselbe eine bedeutend stärkere Lösung des Menthols ermöglichte, wegen der schlimmen Eigenschaft die sensiblen Nerven der Schleimhaut in unangenehmer Weise zu beeinflussen. Aus pharmacologischen Erwägungen wurde hierauf das Eukalyptusöl gewählt und es stellte sich bald heraus, dass in Verbindung mit dieser Droge eine 75 proc. Lösung des Menthols in der Wärme sich herstellen lässt, bei gewöhnlicher Temperatur eine 50 proc. Versuche am eigenen Larynx ergaben eine bedeutende Steigerung der Mentholwirkung, keinerlei unangenehme Nebenwirkungen. Doch muss man sich hüten in die Bronchien zu injiciren, weil sonst heftiger Husten entsteht. Man muss desshalb nur wenige Tropfen, und diese beim Intoniren injiciren. Das Verwendungsgebiet sind nicht nur alle entzündlichen Processe von der einfachen katarrhalischen Entzündung bis zur tuberculösen Ulceration und Infiltration, sondern auch alle sensiblen und motorischen Functionsstörungen, soweit dieselben den Charakter einer reinen Neurose tragen.

7. Th. S. Flatau (Berlin):

Ein desinficirbarer Kehlkopfspiegel.

Es handelt sich um einen Stahlspiegel, welcher sich auf den ersten Blick von einem Glasspiegel nicht unterscheiden lässt, und von der bekannten Berliner Firma Paetz u. Flohr aus homogenem gut gehärtetem und optisch richtig planpolirtem Stahl hergestellt wird. Ein Vergleich mit gleich grossem Glasspiegel lehrt, dass die Spiegelung schärfer und einconturig ist. Diese Spiegel absorbiren etwas mehr Licht, was sich durch unsere besseren Lichtquellen und die

Wahl grösserer Exemplare leicht ausgleichen lässt. Heissluftsterilisation, Kochen in Wasser oder Sodalösung vertragen die Spiegel unbegrenzt.

An der Discussion betheiligen sich: Betz, Heymann und Schmaltz (Dresden). Letzterer empfiehlt kleine rhinoskopische Spiegel, angeblich amerikanischen Ursprungs, welche jedoch in Berlin fabricirt werden.

8. Betz (Mainz):

Ueber Rhinolithiasis als Gewerbekrankheit.

Derselbe fand als häufigen Befund bei Cementarbeitern Concremente von charakteristischer Form immer an gleicher Stelle im oberen Nasengang sitzend von wechselnder Grösse, meist etwa bohnengross, schalenförmig, einen Abdruck der mittleren Muschel darstellend und mit einem pyramidenförmigen Fortsatz in den oberen Nasengang reichend. Da die Steine fast immer, wenn sie diese Grösse erreicht haben, spontan ausgeschnaubt werden, werden sie selten grösser. In dem ersten beobachteten Falle füllte indessen der Stein, der ein Gewicht von 5—6 g erreicht hatte, die rechte Nasenhöhle fast vollständig aus. Fast alle betroffenen Arbeiter leiden an Anosmie und häufigem, durch die scharfen Kanten der Steine verursachtem Nasenbluten. Einmal bestand Perforation des Septum cartilagineum. In einem Fall gelangte ein Stein in die Trachea und wurde nach 14 Tagen spontan ausgehustet. Unter 200—300 Arbeitern, meist bei solchen, die mit dem Ausräumen der Cementöfen beschäftigt sind und dabei den noch heissen Cementstaub einathmen, litten wenigstens 20, wahrscheinlich noch mehr an Rhinolithiasis.

Discussion:

Scheeh beobachtete einen eigenthümlichen Fall von Rhinolithiasis, bei dem sich ein lange Jahre in der Nase befindliches Stück Papier in eine Art Glaspapier umgewandelt hatte.

Meyerson (Warschau) bemerkt betreffs des Chemismus der Nasensteine, dass er in diesem Jahr einen Stein aus der Nase einer 70jährigen Frau entfernte, der sich bei der chemischen Untersuchung als aus phosphorsaurem Kalk mit kleiner Beimengung von Eiweissstoffen bewies.

Thost (Hamburg): In den von Betz geschilderten Fällen weichen die Steine in Form und Sitz von dem ab, was er bisher in den Fällen von Rhinolithiasis beobachtet habe. Diese sitzen gewöhnlich im unteren Nasengang, sind grösser, oft schalenförmig und machen Druckgeschwüre, die oft eine lange Nachbehandlung erfordern. Es ist wunderbar, dass Steine, so klein wie Erbsen, nicht ausgeschnaubt werden. Es handelt sich also um eine bisher wenig bekannte neue Form von Rhinolithiasis.

Jurasz (Heidelberg) theilt mit, dass auf seine Veranlassung sein Assistent Dr. Werner Untersuchungen der oberen Luftwege bei 280 Arbeitern des Heidelberger Cementwerkes vorgenommen und dabei nachgewiesen hat, dass Cementconcretionen in den Nasenhöhlen bei etwas mehr als 1 pCt. der Arbeiter vorkommen. In einem Fall zeigte der Stein eine merkwürdige Form, indem er gleichzeitig beide Nasenlöcher verstopfte. Er bestand aus 2 Stücken, die durch

eine Brücke verbunden waren. Die Brücke lag in einer Perforation des Septum. (Demonstration des Steines.) Ausser der Steinbildung zeigte sich die Perforation des Septum als eine häufige Erscheinung, bei 30 Arbeitern, etwa 10 pCt. Was endlich andere Erkrankungen anbelangt, so erschien es auffallend, dass die chronischen Catarrhe des Rachens und des Kehlkopfes keineswegs so häufig zu finden waren, wie man a priori erwartete. Ein Beweis, dass dieses Organ bei normaler Function die unteren Luftwege vor Schädigung schützt.

Flatau macht auch bezüglich des Sitzes auf die Analogie mit aspirirten Theilen aufmerksam, von denen er neben den bekannten, auch mehrfach verfilzte Tuchfasern bei Tucharbeiterinnen sah. Bei diesen sind auch Conglomerate im Kehlkopf bereits beschrieben worden.

Nach Grünwald (München) besteht der Grund für die Ablagerung der Concremente darin, dass der Inspirationsstrom in den oberen Nasengang geht, wie von Kayser bewiesen, der leicht zerstaubbare Körper durch einen Aspirator inspirirte, und dann im oberen Nasengang abgelagert sah. Bezüglich der Perforationen sei nicht die Aetzwirkung anzuschuldigen, da dieselbe sonst überall in der Nase zu Stande kommen könne. Die Durchbohrungen kommen nur durch den bohrenden Finger zu Stande, das sei wichtig wegen der Entstehung der Nasentuberculose, die ebenfalls nur durch den Import von infectiösem Material mittels des kratzenden Fingers zu Stande komme. Das müsse sehr beachtet werden zur geeigneten Prophylaxe durch entsprechende Belehrung.

Aronsohn (Ems-Nizza): Es wäre wünschenswerth zu erfahren, ob die Anosmie nur auf der Seite bestand, wo der Rhinolith lag. Würde die Anosmie beiderseitig sein, so würde die Ursache in der Anätzung der Schleimhaut durch den Kalkstaub wahrscheinlich sein. Andernfalls müsste man eher an eine Druckatrophie des Nervus olfactorius denken.

III. Sitzung, Dienstag, den 12. September, Nachmittags, gemeinsam mit der Abtheilung XXII für Dermatologie und Syphilis.

Vorsitzender: Lang (Wien).

Die Syphilis der oberen Luftwege.

Referenten: Jurasz (Heidelberg), Seifert (Würzburg).

Jurasz: Der Vortragende macht zuerst auf die Seltenheit der Syphilis der Trachea aufmerksam. Vierling hat im Jahre 1878 alle darauf bezüglichen Fälle zusammengestellt und nur 43 Fälle gefunden. Trotzdem sich seitdem die Casuistik bedeutend vermehrt hat, so hat doch der Ausspruch Gerhardt's, den er vor 25 Jahren gethan hat, dass die Häufigkeit der syphilitischen Processe vom Rachen nach der Luftröhre zu in rascher Progression abnimmt, seine volle Giltigkeit behalten. Der Procentsatz der Häufigkeit der Trachealsyphilis im Verhältniss zu der Syphilis der Halsorgane beträgt nach Morell Mackenzie etwa 0,25 und dürfte der Wirklichkeit entsprechen.

Die Primäraffection der Trachea ist unbekannt. Bei den syphilitischen Ver-

änderungen dieses Organs handelt es sich stets um die Erscheinungen der constitutionellen Lues. Diese Erscheinungen treten in leichten und schweren Formen auf. Die ersteren sind zwar selten, doch kommen sie wahrscheinlich häufiger vor, als man annimmt, weil sie latent verlaufen können und oft wegen Schwierigkeiten der Tracheoscopie nicht nachzuweisen sind. Ausserdem werden nicht selten bei der Obduction leichte syph. Veränderungen der Trachea nachgewiesen, ohne dass sie sich intra vitam durch irgend ein Symptom manifestirt hätten.

Zu den leichten Formen zählen wir die syphilitische Tracheitis, die sich von dem gewöhnlichen Trachealkatarrh durch keine charakteristischen Zeichen unterscheidet. Ulcerationen sind selten. Noch seltener die Condylome, welche M. Mackenzie 5mal und Gerhardt nur 1mal (nach der Publication von Seidel) beobachtet hat.

Bemerkenswerth sind die schweren Formen, die sich durch eine gewisse Eigenartigkeit auszeichnen. Hier kommt zuerst das diffuse Syphilom in Betracht, eine meist in den unteren Abschnitten der Trachea sich ausbreitende Flächeninfiltration mit reichlicher Gewebsneubildung. Wagner hat uns die erste ausführliche Beschreibung dieser Veränderung gegeben. Auf der infiltrirten Schleimhaut sitzen Papillen, Knötchen, Falten und Leisten. Das Trachealrohr ist verengt, manchmal bis auf $^1/_3$ des normalen Lumens (Sokolowski) reducirt. Gewöhnlich sind dabei auch die Bronchien, doch nur die der 1. und 2., höchstens der 3. Ordnung erkrankt. Die kleineren Bronchien bleiben intact.

Seltener als das diffuse, kommt das circumscripte Syphilom vor (Zeissl, Moissonnet), welches auf einer kleinen Stelle der Schleimhaut auftritt und eine echte Gummigeschwulst darstellt.

Die Infiltrationen gehen über kurz oder lang in Geschwüre über, welche bei dem circumscripten Syphilom nur isolirt sind, bei dem diffusen sich zahlreich in verschiedener Form entwickeln, compliciren und strangartig ulcerirte Flächen darbieten. Die Ulceration beginnt in der Regel auf der Oberfläche der Schleimhaut und greift nach der Tiefe und Breite um sich. Der Zerfall kann aber auch in der Tiefe beginnen und zwar hauptsächlich an den Trachealknorpeln. Es entsteht eine Perichondritis, Eiterung und Durchbruch nach aussen. Die Knorpel werden dabei arrodirt oder verbogen oder übereinandergeschoben oder sie werden früh necrotisch und stossen sich ab.

Die Gefahr der Geschwüre besteht nicht nur in der Zerstörung der Trachealwand, sondern auch in dem Vordringen in benachbarte Organe. Es sind beobachtet worden Perforationen in den Oesophagus (Beger), in das Mediastinum (Wallmann), in peritracheale Drüsenabscesse (Singer, Raymond), in die Pulmonalarterie (Gerhardt, Kelly), in den Arcus aortae (Wilks), in die Vena cava (Turner). Die Ulcera können aber selbst nach der Heilung schlimme Folgen hinterlassen, nämlich Degeneration der Schleimhaut mit Membranbildung und starke Stricturen, durch welche mitunter nur ein Bleistift oder Federkiel durchdringen kann. Wie die Beochtungen von Lécureuil, Penzold und Wright beweisen, können Trachealstenosen mit oder ohne Erkrankung der Schleimhaut dadurch entstehen, dass die Trachealwand durch syphilitische Affection des peritrachealen Gewebes speziell der Drüsen nach innen vorgedrängt wird.

Die schweren Formen der Syphilis, speziell das diffuse Syphilom localisiren sich, wenn sie ohne Betheiligung der Nachbarorgane auftreten, in der Regel in den unteren Abschnitten der Trachea und in der Gegend der Bifurcation. Bei der Erkrankung der oberen Abschnitte ist gewöhnlich gleichzeitig der Kelkopf oder der Rachen ergriffen. Doch finden hier auch Ausnahmen statt.

In ätiologischer Beziehung ist zu bemerken, dass die Trachealsyphilis bei Männern häufiger ist, als bei Frauen und in allen Lebensperioden selbst bei kleinen Kindern mit hereditärer Lues (Huettenbrenner, Woronichin, Gerhardt, Malinowski) vorkommt. Die grösste Zahl der Beobachtungen fällt auf das 3. und 4. Decennium. Die leichten Formen entwickeln sich in den ersten Stadien der constitutionellen Syphilis, die schweren durchschnittlich 3—4 Jahre nach der Ansteckung. Doch sind Fälle bekannt, in denen die Krankheit erst nach 20 und mehr Jahren constatirt wurde.

Die Diagnose ist oft mit grossen Schwierigkeiten verbunden, da die Erscheinungen durch die seitens des gleichzeitig erkrankten Kehlkopfes verdeckt werden, oder so unbedeutend sind, dass sie unbeachtet bleiben. Ausserdem kommt hier in Betracht, dass nicht in allen Fällen die Trachea in der ganzen Ausdehnung besichtigt werden kann. Gerhardt unterscheidet drei Stadien der Krankheit: das irritative, das der andauernden Stenose und das der Suffocation.

Die Symptome des ersten Stadiums bestehen in geringen Störungen: Hustenreiz, Kratzen und Kitzeln in der Gegend der Trachea, leichte Athembeschwerden, Trachealrasseln. Die specifische Natur des Leidens muss aus anderen Erscheinungen abgeleitet werden. Im zweiten Stadium liegt eine anhaltende Dyspnoë vor; die Stimme ist rein, aber schwach und umfangarm. Die Patienten strecken den Kopf nach vorn und senken das Kinn und der Kehlkopf zeigt kleine oder gar keine Excursionen. Bei gleichzeitiger einseitiger Verengerung der Bronchien findet sich auf der erkrankten Seite eine inspiratorische Einziehung der Rippenknorpel. Endlich im dritten Stadium sind alle diese Symptome schärfer ausgeprägt und mit Suffocationsanfällen verbunden. In keinem Stadium ist die Tracheoscopie zu vernachlässigen, da sie selbst im Falle des Misslingens manchmal für die Diagnose zu verwerthen ist.

Der Verlauf der Trachealsyphilis ist in leichteren Fällen nicht schlecht. Türck, Gerhardt, Beger beobachteten Heilungen. (Ebenso ich. F. S. Vgl. St. Thomas' Hosp. Reports Vol. XII, 1882, Vol. XIII, 1883.) In schweren Fällen und bei weit vorgeschrittener Erkrankung sind die Aussichten in der Regel schlecht. Die Kranken gehen an Entkräftung zu Grunde oder sterben in einem Erstickungsanfall oder in Folge von complicirenden Krankheiten.

Es bleibt noch übrig, auf die Behandlung nicht nur der Trachealsyphilis sondern überhaupt der Syphilis der oberen Luftwege näher einzugehen, um das bisher geschilderte klinische Bild zu vervollständigen. Die Fragen, welche die Syphilis im Allgemeinen betreffen, werden dabei nur flüchtig berührt.

Da die syphilitischen Veränderungen des oberen Respirationstractus in der Regel nur Erscheinungen einer allgemeinen Dyscrasie darstellen, so können sie auch nur durch allgemeine, antidyscrasische Mittel mit Erfolg behandelt werden. Ist dabei die Localbehandlung nothwendig? Die meisten Forscher geben auf

diese Frage eine bejahende Antwort und empfehlen gegen die Katarrhe, Infiltrationen und Ulcera mit entsprechenden Mitteln vorzugehen. M. Mackenzie glaubt sogar, dass bei der secundären Syphilis des Rachens die locale Behandlung mit Cupr. sulf. (1 : 30) gewöhnlich ausreicht und die allgemeine Behandlung nicht erforderlich ist. Eine kleinere Anzahl von Autoren hält dagegen die locale Behandlung für nicht nothwendig. Zu diesen gehört Türck, Mandl, Voltolini. Auch der Referent schliesst sich diesen Autoren an, da er sich oft genug überzeugt hat, dass man ohne locale Behandlung auskommen kann. Selbstverständlich werden hier zu der localen Behandlung Ausspülungen, Gurgelungen und Inhalationen mit indifferenten Mitteln ebenso wenig wie die Tracheotomie bei Stenosen gerechnet.

Bei der Syphilis der oberen Luftwege steht die locale Behandlung sicher dann im Vordergrunde, wenn es sich um Veränderungen handelt, die nach der Abheilung der Infiltrate und Geschwüre zurückgeblieben sind. Hierzu gehören die Verwachsungen, Stenosen und Defecte. Auf diesem Gebiete hat sich die rhino-laryngologische Specialität sehr grosse Verdienste erworben, da sie gezeigt hat, dass früher für unheilbar gehaltene Affectionen der Heilung entgegengeführt werden können.

Die Methoden der Behandlung, die hier in Betracht kommen, sind entweder blutige oder unblutige. Erstere dürfen nur dann vorgenommen werden, wenn entweder die Dyscrasie als erloschen zu betrachten ist oder wenn sie sich im latenten Stadium befindet. Bei manifester Lues ist eine allgemeine Behandlung vorauszuschicken. Rathsam ist es bei den blutigen Eingriffen, selbst wenn keine syphilitische Dyscrasie mehr nachzuweisen ist, den Patienten bis zur beendigten Heilung Jodkalium innerlich darzureichen, um sicher zu sein, dass die Verletzung nicht etwa das schlummernde Gift weckt und dass die Wunde nicht inficirt und der Heilungsvorgang nicht gestört wird. Bei den unblutigen Methoden ist diese Vorsicht nicht nöthig. Aber nöthig ist es, dass keine frischen syphilit. Processe bestehen.

Der localen Behandlung sind zunächst die Defecte der äusseren Nase zugänglich durch die Rhinoplastik oder künstliche Nasen aus Celluloid. Knochendurchlöcherungen und Communicationen der Nase mit der Mundhöhle werden, wenn sie klein sind, durch Aetzung, oder wenn sie gross sind, durch plastische Operation oder durch Obturatoren geschlossen. Perforationen des Septums kommen nur in Betracht, wenn die Nase eingesunken ist. Leider führt hier die Rhinoplastik selten zum erwünschten Resultate und die aus Silberdraht angefertigten Stützapparate werden in der Regel nicht vertragen. Bei intranasalen Synechien ist eine Trennung und sorgfältige locale Nachbehandlung erforderlich, damit keine Wiederverwachsung eintritt.

Im Rachen verdienen unsere ganze Aufmerksamkeit die Verwachsungen des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand und die unten liegenden Stricturen. Bei starker Degeneration der Schleimhäute ist die Behandlung manchmal aussichtslos. Aber selbst unter günstigeren Verhältnissen ist die Aufgabe oft sehr schwierig. Einfache Trennung des Gaumensegels selbst mit Umsäumung des Wundrandes schützt nicht vor Wiederverwachsung. B. Fränkel und Lublinski führen circumscripte Loslösungen aus und erzielen eine wesentliche Besserung

wenigstens in Bezug auf die nasale Athmung. Hajek hat in letzter Zeit eine neue Methode angegeben, bei der es sich um langsames Vorgehen der Loslösung und strenges Ueberwachen der Heilung handelt. Was die tief im Rachen liegenden membranösen Stricturen anlangt, die in der Höhe der Zungenwurzel oder noch tiefer ausgespannt sind und oft nur den Umfang eines kleinen Fingers haben, so nützen hier die einfachen Dilatationen selbst mit Einschnitten in die Narben wenig oder nichts. Referent empfiehlt systematische und in gewissen Zeiträumen fortgeführte partielle Exstirpationen des Narbengewebes als das sicherste und beste Verfahren.

Im Kehlkopfe und in der Trachea kommen Defecte selten zur Behandlung, da oft keine Indication vorliegt. Einzelne Defecte werden nämlich gut vertragen, z. B. der partielle oder totale Verlust der Epiglottis. Vorwiegend werden hier die Stricturen Gegenstand der Therapie. Nach einem ev. operativen Eingriff müssen hier Erweiterungen, am besten nach der Schrötter'schen Methode, ausgeführt werden. Welche glänzende Erfolge man dabei erreichen kann, beweisen die Beobachtungen von Navratil, Schrötter, Schnitzler und Schech.

Seifert: Das Thema wurde zwischen dem Referenten und dem Correferenten, Herr Jurasz, in der Weise getheilt, dass ersterer die Syphilis der Nase, des Nasenrachenraumes, des Rachens und des Kehlkopfes zu besprechen übernommen hatte, während letzterem die Syphilis der Trachea und die Therapie zu behandeln verblieb.

Von Primäreffecten an und in der Nase hat Refer. keinen Fall eigener Beobachtung zu verzeichnen, doch aber konnte er 27 Fälle aus der Literatur zusammenstellen, betr. deren über Entstehungsweise, Symptomatologie, Diagnose und Verlauf die hauptsächlichsten Punkte mitgetheilt werden. Bei der Besprechung der Frühformen sowohl als der Spätformen legt Refer. das Hauptgewicht auf die Erörterung der differential-diagnostischen Merkmale unter Bezugnahme auf eine Anzahl eigener Beobachtungen, welche sich theils auf das Material der Syphilis-Klinik in Würzburg theils auf das Material seines Ambulatoriums für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkranke beziehen.

Von Primäraffecten im Nasenrachenraum sind in der Literatur 14 Fälle bekannt, bei welchen die Uebertragung der Syphilis ausnahmslos durch den Tubenkatheter stattgefunden hatte. — Das Erythem des Nasenrachenraums kommt vielleicht häufiger vor als bekannt ist, da die Syphilitischen im Frühstadium nicht regelmässig rhinoskopirt werden. Betreffs der Papelbildung und der Ulcerationen während der Frühperiode weist Redner auf die Mittheilungen von Moure Roulin (Tonsill. pharyngea) und von Gerber hin. Ulcerirte Papeln hat er selbst mehrfach beobachtet. Die syphilitischen Spätformen, welche besser gekannt sind, werden in gedrängter Uebersicht ebenfalls unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien besprochen.

Von Primäreffecten des Rachens hat Redner nur 1 Fall beobachtet, der einen Tonsillenschanker betraf, bei welchem die Entstehungsweise unklar war; aus der Literatur konnten 179 Fälle von Primäraffecten des Rachens zusammengestellt werden, unter welchen es sich um 149 Tonsillenschanker handelte, während in

den übrigen Fällen die Lokalisation entweder ungenügend angegeben war, oder es sich um Schanker am weichen Gaumen resp. an der hinteren Rachenwand handelte: Die Früh- und Spätformen der Rachensyphilis werden ausführlich besprochen.

Die Kehlkopfsyphilis in ihren verschiedenen Formen bespricht Redner theils auf Grund eigener Beobachtungen, theils auf Grund der bekanntlich ungemein zahlreichen literarischen Mittheilungen.

IV. Sitzung Mittwoch, den 13. September, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Schech (München).

9. Helbing (Nürnberg):

Zur Behandlung der „erfrorenen Nase."

Die Behandlung, welcher H. seit 5 Jahren 21 Fälle unterzogen hat, besteht in der Anwendung des constanten Stromes auf die gerötheten Partien. Der pathologisch-anatomische Vorgang bei Erfrierung der Haut ist folgender: Wird der Haut längere Zeit hindurch Wärme entzogen, so findet eine Contraction der Muskelzellen in der Media der kleinen Arterien statt. Dadurch wird der Zufluss von diesem Hautgebiet abgesperrt, es entsteht eine Blässe, die nächste Folge des behinderten arteriellen Druckes ist eine Stauung des venösen Stromes und daraus resultirt die in's bläuliche schimmernde Röthung der Haut, wie wir sie auch bei der zarten Cutis des Ohrläppchens beobachten. Subjectiv empfindet der Patient ein eigenthümliches Jucken und Prickeln, häufig bildet sich alles wieder zur Norm zurück, bisweilen aber ist eine dauernde Schädigung der Gefässe entstanden, ihr Tonus bleibt herabgesetzt, die venöse Stase bleibt bestehen. Hauptaufgabe der Behandlung ist demgemäss, den Tonus wieder herzustellen. Die Art der Anwendung ist folgende: man legt beide Pole an den Seitenflächen der Nase an und lässt einen mässig starken Strom circa 5—10 Min. lang einwirken. Die Elektroden werden dabei langsam streichend hin- und herbewegt. Die nächste Folge des Electrisirens ist eine starke Röthung der betroffenen Hautpartie, welche mehrere Stunden bis zu 2 Tagen anhält, weshalb man zwischen den einzelnen Sitzungen eine Pause von 2—3 Tagen macht. Schon nach wenigen Behandlungstagen lässt die Röthe wesentlich nach und vor allem das lästige Brennen und Jucken beim Uebergang von Kälte in Wärme. Es muss mindestens gewöhnlich 10—15 Mal electrisirt werden, in einem Fall sogar 80 Mal; auch kommen im nächsten Winter gern Recidive vor, welche jedoch bei sofortiger Behandlung in wenigen electrischen Sitzungen beseitigt werden. Zur Illustration des Gesagten werden einige typische Krankheitsgeschichten mitgetheilt.

Discussion:

Ulrichs (Halle) bestätigt den guten Erfolg des constanten Stromes. Derselbe applicirt die negative Electrode im Nacken, die positive, gabelförmige zu beiden Seiten der Nase.

Schuster (Aachen) bespricht die Behandlung der rothen Nase, wie sie

durch Acne rosacea hervorgerufen wird. Mit einer feinen Nadel werden horizontale eng anliegende Parallelschnitte vom einen Nasenflügel quer über die Nase bis zum anderen Nasenflügel geführt, darauf folgen dann nach Stillung der Blutung senkrechte Schnitte auch parallel eng aneinander. Nach Stillung der kurz dauernden Blutung wird mit Jodoformpulver- oder Gaze verbunden. Das Ganze hält den Kranken nur 1—2 Tage zu Hause.

Jurasz fügt hinzu, dass nach seiner Erfahrung die Quadratdiscisionen bei rothen Nasen keineswegs sicher zu positiven Resultaten führen, dass vielmehr dieser therapeutische Eingriff sich vorwiegend nur bei chronischer Acne mit starker Hauthypertrophie als sehr empfehlenswerth erweise.

10. L. Grünwald (München):

Weitere Beiträge zur Ozaena-Frage.

Redner verweist auf die Nothwendigkeit in dieser Frage nicht durch Speculationen, sondern durch Einzelbeobachtungen Klarheit zu verschaffen, zu welchen er neuerliches Material beibringt. Zunächst 3 Fälle, in denen Empyeme verschiedener Nebenhöhlen (in einem ausschliesslich der Stirnhöhlen) das Symptomenbild verursachten, weiter 4 Fälle, welche einen causalen Zusammenhang zwischen Borkenbildung in weiten Nasen und Erkrankungen des lymphatischen Rachenringes (Mandeln und adenoide Vegetationen) erkennen liessen. Er verlangt als Beweis der ätiologischen Bedeutung irgend einer Herderkrankung für den bekannten Symptomencomplex den unverkennbaren Einfluss der Behandlung der ersteren auf den Verlauf der letzteren. Im Einklang mit seiner Negirung der Einheitlichkeit der „Ozaena"-Bilder wendet er sich gegen die neuerlichen Messungsresultate des Nasenskelettes von Hopmann, deren Allgemeingültigkeit er auf Grund eigener Nachprüfungen bestreitet. Ebenso weist er den Versuch, gegen seine Annahmen anatomische Untersuchungen ohne weiteres in's Feld zu führen, zurück, da die Frage des causalen oder zeitlichen Zusammenhanges zweier nebeneinander bestehender Affectionen (wie z. B. Ozaena und Empyeme) nur auf klinischem, resp. therapeutischem Wege (s. o.) gelöst werden könne.

Zum Schluss stellt er seine vorjährigen Thesen, da selbe mehrfach unrichtig citirt und in dieser Form bekämpft worden sind, nochmals zur Discussion und erweiterte dieselben auf Grund der neuen Beobachtungen, besonders mit Rücksicht auf die Erkrankungen des lymphoiden Gewebes, welche ihn zugleich die Hoffnung aussprechen lassen, dass die Frage nach der Spontanheilung gewisser Fälle von Ozaena um einen Schritt näher getreten sei.

Der Appell des Redners an die Fachgenossen, durch sorgsame Einzelbeobachtungen zur weiteren Klärung der Frage beizutragen, wird hoffentlich nicht ungehört verhallen.

(Der ausführliche Vortrag erscheint in der Münchener medicinischen Wochenschrift).

11. Flatau und Gutzmann:

Das sogenannte Bauchreden.

Diese umfangreiche Arbeit eignet sich nicht zu einem Excerpt, sondern muss seiner Zeit im Original nachgelesen werden.

Nach dem Vortrag demonstrirt Flatau noch Flammenbilder der gewöhnlichen Stimme und der Bauchstimme. Eine Discussion knüpft sich an diesen Vortrag nicht.

V. Sitzung Donnerstag, den 14. September, Vorm. 9 Uhr.

Vorsitzender: Heymann (Berlin).

12. Seifert (Würzburg):

Behandlung der hysterischen Aphonie mit Demonstration an einer Patientin.

Der Vortr. macht zur Behandlung der hysterischen Aphonie von der Combination mehrerer Methoden Gebrauch, er leitet die Behandlung ein mit Massage des Kehlkopfes, daran schliesst sich eine Modification der Olliver'schen Larynxcompression an und zum Schluss kommen methodische Sprachübungen. Bei der Massage, die hauptsächlich in Streichungen besteht, legt S. grosses Gewicht auf die Ausführung tiefer Inspirationen, weil ein grosser Theil der Hysterischen auch die Herrschaft über den Athemmechanismus verloren hat. Hat man sich überzeugt, dass die Pat. gleichmässig tief inspiriren können und ist die Massage eine Zeit lang fortgesetzt, so beginnt man mit der Olliver'schen Methode, die theils in einfacher Compression des Larynx, theils in Schüttelungen des Kehlkopfes besteht, während die Pat. Phonationsversuche machen. Dabei ist jedoch sorgfältig darauf zu achten, dass die Pat. vor jedem Phonationsversuch eine tiefe Inspiration vornehmen. Gelingt es den Pat. einen Ton laut zu intoniren, so schliessen sich sofort die methodischen Sprechübungen an, ebenfalls unter Berücksichtigung der Respiration. Die Sprechübungen geschehen wiederum unter mässiger seitlicher Compression, soweit dieselbe nothwendig ist. In den meisten Fällen gelingt es in der ersten Sitzung, den Pat. die Stimme zu verschaffen. In weiteren Sitzungen Wiederholung der combinirten Methode, bis ein Recidiv nicht mehr zu fürchten ist.

An einem Pat. mit hysterischer Lähmung der Thyr.-aryt. int. wird die Methode demonstrirt.

Discussion:

Aronsohn (Ems-Nizza) hat von der Anwendung der Suggestion gute Erfolge gesehen in einem Fall, der allen Behandlungsformen trotzte und schliesslich nur durch Scheinoperation geheilt wurde.

Heymann möchte die Cocaineinpinselungen nicht ganz verwerfen, besonders in solchen Fällen, in denen sich die Lähmung an acute Entzündung anschliesst und wo die Lähmung theilweise ein Resultat der Schmerzhaftigkeit der Bewegung ist. Die Erschütterungen können durch den Ewer'schen Concussor in einer sehr schnellen und gleichmässigen Weise ausgeführt werden. In einem besonders hartnäckigen Falle hat nur die Intubation gute Dienste geleistet.

Kayser (Breslau) hat bei einem schweren Fall hysterischer Aphonie die Autolaryngoscopie anwenden lassen, in 8—14 Tagen war der Kranke auf diese Weise geheilt. Es erscheint ihm von allgemeinem physiologischem Interesse, die

Bewegungen der Stimmbänder unter die Controle des Auges zu bringen, da es nach allgemeinen pathologischen Analogien wohl denkbar ist, Coordinationsstörungen zu beseitigen dadurch, dass ausser dem Muskelgefühl das Gesicht die Bewegungen controllirt.

Heymann findet den Gedanken der Autolaryngoscopie neu und glücklich und theilt mit, dass einer seiner gegenwärtigen Assistenten im Stande sei, willkürlich ohne Phonation die Kehlkopfmuskeln zu bewegen und jede Glottisstellung z. B. auch die perverse Action herzustellen.

Helbing empfiehlt den Inductionsstrom in der Weise, dass der eine Pol am äusseren Hals, der andere an der Stirne entsprechend der Lage des Sprachcentrums links oben angesetzt wird.

Flatau: In leichten Fällen hilft eben jede Methode auf längere oder kürzere Zeit, in den hartnäckigen müssen wir an schliesslich eintretende Inactivitätsatrophien denken und mit allen Mitteln die Adductoren zur Contraction bringen. Dazu sind methodische kurze Berührungen mit der Kehlkopfsonde natürlich ohne Cocain ein gutes Mittel.

Seifert betont im Schlusswort, dass er grosses Gewicht auf die Wiederherstellung der normalen Athmung lege, bevor man erwarten kann durch Compression des Kehlkopfes und durch methodische Sprechübungen einen Erfolg zu erzielen.

13. R. Kayser (Breslau):

Demonstration eines Kehlkopfmodells.

Das Modell aus Gyps stellt in stark vergrössertem Maasse das Knorpelgerüst des menschlichen Kehlkopfes und die Function der auf die Stimmbänder wirkenden Muskeln dar. Die verschiedenen Knorpeltheile des Kehlkopfes sind gegen einander beweglich und die Stimmbänder durch weisse Bänder dargestellt. Die Kehlkopfmuskeln sind durch seidene mit dem Namen des Muskels versehene Bänder dargestellt und so an den Knorpeln angebracht, dass durch Zug die entsprechende Bewegung entsteht. Der Apparat dient zur Demonstration der Function der einzelnen Kehlkopfmuskeln, sowie der bei pathologischen Bewegungsstörungen resultirenden Formveränderungen der Glottis vor einem grösseren Kreise.

14. P. Heymann (Berlin) demonstrirt ein von Onodi (Budapest) eingesandtes Kehlkopfphantom, welches in zweckmässiger Weise die Innervation des Kephlkopfes, insbesondere die Verbindungen der beiden, dem Kehlkopfe zugehörigen Nerven, wie sie in neuester Zeit gerade von Onodi auf das Genaueste untersucht worden sind, darstellt. Das Phantom soll dem laryngologischen Unterricht dienen und ist durch Onodi zum Preise von 20 fl. zu beziehen.

15. M. Reichert (Berlin) demonstrirt eine electrische Lampe für Rhinolaryngoscopie.

Discusion:

P. Heymann hat an den bisherigen Lampen denselben Mangel gefühlt, nämlich dass die Strahlen nicht gehörig convergiren. Seine Versuche, diesen Mangel zu verbessern, haben sich in der gleichen Richtung wie die Reichert's

bewegt, jedoch noch nicht zu einem geeigneten Erfolg geführt, wie ihm diess nach der stattgehabten Demonstration auch bei der Reichert'schen der Fall zu sein scheint.

16. Max Schäffer (Bremen) zeigt Papillome des Nasenbodens: 1 Cyste der Tonsilla pharyngea und verschiedene Knochenblasengeschwülste der Nase vor.

Ferner fordert er die Herren Collegen auf, in der Schuckert'schen Fabrik die von Collegen Winkler in Bremen angegebene electrische Bogenlichtlampe zu rhinolaryngologischen Untersuchungen zu besichtigen.

Discusion:

Grünwald (München) hat ebenfalls einen Fall von polypoiden Bildungen am Septum gesehen bei gleichzeitigen polypoiden Hypertrophien der Muscheln, ferner einen Polypen im adenoiden Gewebe, wahrscheinlich cystischer Natur.

Die Knochenblasengeschwülste sind immer als Cysten der Siebbeinzellen zu betrachten, die mit Eiter gefüllten als geschlossene Empyeme, wie sie G. zuerst als solche beschrieben hat. Diese Auffassung ist wichtig wegen der mitunter stattfindenden Verbreitung über die geschlossenen Wände im Siebbein und anderen Höhlen.

Heymann (Berlin) bemerkt, dass er schon vor 2—3 Jahren den Zusammenhang der Knochenblasen mit Siebbeinzellen hervorgehoben hat; er braucht den Ausdruck: heruntergerutschte Siebbeinzellen. Als interessante Einzelheit hat er in einer Knochenblase einmal einen Schleimpolypen gefunden.

17. Max Scheier (Berlin):

Ueber die perverse Bewegung der Stimmbänder.

Dieselbe besteht darin, dass bei Inspiration die Stimmbänder nicht auseinanderweichen, sich vielmehr einander nähern, so dass es zu einem vollständigen Verschluss der Glottis kommt. Dieser Zustand, der bisweilen bei ängstlichen und hysterischen Personen bei der ersten laryngoscopischen Untersuchung beobachtet wird, kann ein chronischer Zustand werden, und eine Krankheit eigener Art darstellen. Der erste Fall dieser Art wurde von B. Fränkel 1878 beschrieben. Nach Semon ist es schwer, die Fälle von perverser Action der Stimmbänder in einer der bis jetzt anerkannten Rubriken nervöser Kehlkopfleiden unterzubringen. Am meisten entspricht das Krankheitsbild der Beschreibung, die in den Lehrbüchern von Gottstein und Schrötter vom functionellen, inspiratorischen Stimmritzenkrampf gemacht wird. Sch. hat einen Fall von perverser Stimmbandbewegung seit mehreren Jahren in der Beobachtung. Er betrifft eine 43 jährige Frau, die im August 1891 wegen eines chronischen Beingeschwüres das Krankenhaus am Urban aufsuchte; ohne dass an ihrer Athmung etwas auffiel, trat plötzlich starke Athemnoth bis zur Asphyxie auf. Schon wollte man zur Tracheotomie schreiten, da hörte die Dyspnoe auf. Die Anamnese ergab, dass schon früher ein gleicher Anfall vorhanden war, und dass auch damals in einem anderen Krankenhaus der Luftröhrenschnitt gemacht werden sollte, den sie aber nicht zuliess. Eine Stunde nach dem Anfall folgender Befund: gracil gebaute Frau mit anämischer Gesichtsfarbe, bei jeder Inspiration ein lang anhaltender pfeifender

Stridor, Exspiration ruhig. Die Athemnoth nimmt während des Sprechens und Untersuchens zu. Bei jeder Inspiration nähern sich die Stimmbänder, bei der Exspiration gehen sie auseinander. Die Farbe der Schleimhaut normal, bis auf eine leichte Röthung der Taschenbänder. Die Epiglottis steht normal. Bei der Inspiration legen sich die Stimmbänder nicht in ihrer ganzen Länge aneinander, sondern die Pars cartilaginea klafft und bildet ein gleichschenkeliges Dreieck mit breiter Basis an der hinteren Larynxwand. Also Lähmung des M. transversus. Je tiefer die Kranke inspirirt, desto mehr legen sich die Stimmbänder an einander, das rechte sogar etwas über das linke. Bei der Exspiration öffnet sich die Glottis oft bis zum Maximum ihrer Erweiterungsfähigkeit. In der Trachea keine Verengerung. Bei der Phonation legen sich die Stimmbänder in normaler Weise an einander bis auf die Pars cartilaginea, in die sich die gewulstete, hintere Larynxwand hineinlegt. Lässt man nach der Phonation inspiriren, so weichen auf einen Augenblick die Stimmbänder auseinander, um aber sich sofort bis auf einen geringen Spalt zu nähern. Auch im Laufe des Abends nimmt die Athemnoth wieder zu bis zum asphyktischen Anfall. Intubation nach O'Dwyer. Die verschiedensten Behandlungsmethoden, wie Elektrisiren, Jodkali, Roborantia, Cocaineinpinselungen ohne Erfolg. Nach mehrwöchentlicher Pause trat wieder einmal die perverse Bewegung mit Athemnoth ein. In den letzten 2 Jahren hat sie Sch. häufig laryngoscopirt und sich stets von der verkehrten Action der Stimmbänder überzeugt. Patient ist stark heruntergekommen und kann nur ganz leichte Arbeit verrichten. Die Pathogenese ist dunkel, sei es dass es sich um eine centrale Ataxie handelt, d. h. um eine Störung in dem der Coordination der Larynxmuskeln vorstehenden Centrum, oder um eine sog. sensorische Ataxie, d. h. um eine Störung in den von der Peripherie zum Centrum verlaufenden Bahnen. Nach Schrötter passt diese Erscheinung nicht in den Rahmen der gewöhnlichen Ataxie, wo es sich, wie bei den Schleuderbewegungen der Extremitäten um das Bestreben handelt, einen bestimmten Punkt bei einem Uebermaass von Bewegung zu erreichen. Selbst in den erweiterten Begriff der Ataxie, dass die beabsichtigte, durch eine zweckwidrige Bewegung der Antagonisten behindert wird, kann man die Erscheinung nicht unterbringen, denn es wird ja die beabsichtigte Bewegung nicht schlecht, sondern sie wird gar nicht, und statt ihrer, die entgegengesetzte ausgeführt. Auch durch die perverse Innervation nach Rosenbach, der auf diese Weise die Annäherung der Stimmbänder bei der Inspiration nach Posticuslähmung erklären will, lässt sich die Erscheinung nicht klar stellen. Die Deutung stösst noch auf mehr Schwierigkeiten, wenn man an die Angaben von Semon und Horsley denkt, über die verschiedenen Innervationscentren für die Abductoren und Adductoren der Stimmbänder. Nach Semon dürften die Fälle der perversen Action am richtigsten wohl als eine in chronischer Form auftretende Kreuzung von Krampf und Paralyse aufzufassen sein.[1]) Was die Aetiologie anbelangt, glaubt Sch. eine hysterische Grundlage annehmen zu müssen. Simulation ist mit Sicherheit ausgeschlossen, ebenso Tabes; während B. Fränkel

[1]) Diese Deutung bezog sich speciell auf einen Fall, in welchem perverse Action der Stimmbänder mit der gewöhnlichen functionellen Verengererparalyse alternirte! (Vergl. Mackenzie, Krankheiten des Halses, Deutsche Ausgabe, Bd. I. Anmerkungen S. 614, 659). F. S.

in seinem Falle Hysterie ausschliesst, giebt Semon in seinen beiden Fällen Hysterie an.

VI. Sitzung am Donnerstag, den 14. September Nachm. 3 Uhr gemeinsam mit der Abtheilung XX. für Otologie.

Vorsitzender: Zaufal (Prag).
Schriftführer: Bauer (Nürnberg).

Hartmann (Berlin) zeigt mit dem Sciopticon eine grosse Reihe von Durchschnitten der normalen Stirnhöhle und Kieferhöhle, sowie von pathologischen Veränderungen an diesen Stellen. Ferner demonstrirt derselbe seine Methode der partiellen Resection der Nasenscheidewand und eine Reihe von ihm construirter, bei Operationen in der Nase von ihm bewährt befundener Instrumente.

Fischenich (Wiesbaden) bespricht das Hämatom und die primäre Peritonitis des Nasenseptums.

Die Präsenzliste der Abtheilung XXI. weist am Schlusse 38 Namen auf.

A. Heller (Nürnberg).

III. Briefkasten.

Offener Brief an Herrn Prof. Dr. G. Masini (Genua).

London, 17. November 1893.

Sehr geehrter Herr Professor!

Wie wir aus den Referaten 129 und 188 dieser Nummer entnehmen, weisen einzelne Ihrer neueren Versuche wiederum Resultate auf, die mit unseren eigenen einschlägigen Versuchen in unerklärlichem Widerspruche stehen. Es scheint uns im öffentlichen Interesse zu liegen, dass, um neuer Verwirrung vorzubeugen, unter diesen Umständen den Fachgenossen die Bildung eines eigenen Urtheils ermöglicht wird, und wir erlauben uns daher, an Sie die ergebene Bitte zu richten, gelegentlich des nächstjährigen, in Rom stattfindenden internationalen Congesses

1. die „glottische Parese“, welche Ihren gegenwärtigen Ergebnissen zufolge (vgl. Referat 188 dieser Nummer) der Verletzung eines oder beider Phonationscentra in der Hirnrinde folgt
2. die von Ihnen constatirten „centripetal“ leitenden Fasern des Recurrens (vgl. Referat 129 dieser Nummer)

in derselben Weise öffentlich vor der laryngologischen Section zu demonstriren, wie wir im Jahre 1890 unsere eigenen Ergebnisse in einer combinirten Sitzung der physiologischen, laryngologischen und neurologischen Sectionen des Berliner Congresses demonstrirt haben

Mit vorzüglicher Hochachtung

ergebenst

Felix Semon. Victor Horsley.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, Januar. 1894. No. 7.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege etc.

1) **O. Chiari** (Wien). **Beitrag zur Diagnose des isolirten Pemphigus der oberen Luftwege.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 20.*

Auf Grundlage eines lange beobachteten Falles und mit Berücksichtigung der Literatur wird der Verlauf genau beschrieben; die ersten Efflorescenzen können als Blasen oder als Epithelverdickungen auftreten. Die Differentialdiagnose hat Diphtherie, Soor, Stomatitis, Tuberculose und Syphilis zu berücksichtigen, gegen welche Processe die Abgrenzung leicht ist; schwerer ist sie manchmal gegen Herpes.

Schliesslich wird einer Mittheilung Fuchs' Erwähnung gethan, der bei Pemphigus der Mundhöhle Schrumpfen der Wangenschleimhaut mit Kieferklemme beobachtete. Die Prognose ist immer sehr zweifelhaft, meist aber schlimm.

Autoreferat.

2) **Demme** (Berlin). **Die Schleimhautmassage der oberen Luftwege.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 21.*

D. giebt zu, dass er nicht mehr glaube, „dass die Massage eine Regeneration atrophischen Gewebes möglich macht.“ Doch wirkt sie gut bei atrophischen Formen, wenigstens lindernd, obwohl D. wirkliche Heilungen nicht häufig sah; die meisten Kranken fühlen sich wohl dabei. Bei hypertrophischen Formen wirkt sie wenig; D. will sie daher hauptsächlich auf die trockenen, atrophischen Formen angewendet wissen, wo sie mehr leiste, als die Pinselungen; das Medicament ist aber auch wesentlich für den Effect.

CHIARI

3) **Dillon Brown. Die verschiedenen Verstopfungen der Athemwege (Varieties of obstructed respiration.)** *N. Y. Med. Journal. 4. März 1893.*

Verstopfungen im Nasenrachenraum, in Trachea oder Bronchien werden

bisweilen fälschlich für Kehlkopfcroup gehalten. Die Verstopfung im Nasenrachenraum ist manchmal sehr schwer von der Verstopfung im Kehlkopf zu unterscheiden. In beiden Fällen liegt eine mühsame, dyspnoische Athmung vor, Einziehung der Brustwand, Crouphusten, Unruhe und Cyanose. Die Differenz liegt hauptsächlich in dem Charakter des Athemgeräusches, das stertorös und rasselnd ist bei nasopharyngealer Erkrankung, während die Stimme klar bleibt, wenn auch mit etwas nasalem Beiklang. Die Diagnose lässt sich gewöhnlich durch die oculare Inspection des Rachens und der Nase stellen, bisweilen aber ist die Digitaluntersuchung nothwendig. Wenn eine diphtheritische Erkrankung Rachen und Kehlkopf gleichzeitig ergriffen hat, dann kann es sehr schwierig sein, zu entscheiden, an welcher Stelle die Hauptursache der Dyspnoe sitzt. Das Lumen der Trachea ist so gross, dass schon ein besonders intensiver Entzündungsprocess oder ein sehr grosser Fremdkörper nothwendig ist, um eine ernste Störung der Respiration herbeizuführen. Die tracheale Verstopfung charakterisirt sich durch die exspiratorische Dyspnoe im Gegensatz zu der inspiratorischen Dyspnoe bei Verstopfung in den höheren Partieen der Luftwege. Bei Bronchialverschluss werden die Athemgeräusche nur auf der Seite des verstopften Bronchus leiser. Die Verstopfung des Kehlkopfes wird charakterisirt durch Heiserkeit oder Aphonie, durch eine harte, metallene, croupöse Athmung und durch eine deutliche Abwärtsbewegung des Kehlkopfes bei jeder Inspiration. Dieses letztgenannte Symptom ist von grosser diagnostischer Bedeutung. Auch die suprasternale Einziehung ist ein gewöhnliches und wichtiges Symptom. Die inspiratorische und exspiratorische Dyspnoe, sowie die Einziehung der Brustwand sind in den früheren Stadien weniger constante Symptome. LEFFERTS.

4) **Lorenz** (Wien). **Behandlung des congenitalen Schiefhalses.** Demonstration eines Kranken in der Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 17. Februar 1893. — *Wien. klin. Wochenschr. 1893. No. 8.*

Nach Durchschneidung des Sternocleidomastoideus und der Fascien wird die Cervicalscoliose mit Vorsicht übercorrigirt und in dieser Stellung fixirt. Nach 8 Tagen beginnt active Gymnastik. An der Discussion betheiligten sich Billroth und Albert. CHIARI.

5) **Büdinger** (Wien). **Demonstration eines Falles von angeborener Kiemenfistel.** Sitzung der Ges. d. Aerzte in Wien am 5. Mai 1893. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 19.*

Billroth will sie durch Einführung von Darmsaiten, die mit Lapis imprägnirt sind, zum Schlusse bringen. CHIARI.

6) **Westmacott** (Manchester). **Abscess der Thymusdrüse. (Abscess of thymus gland.)** *Brit. Med. Journal. 4. März 1893.*

Die Präparate, die in der Manchester Pathological Society demonstrirt wurden, stammten von einem Kinde, das unter Erscheinungen von Verstopfung der Athemwege gestorben war. MACKENZIE-JOHNSTON.

7) **H. Freund** (Galizien). **Ein merkwürdiger Fall von Selbstmord durch Erhängen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 7.*

Es handelte sich um 2 Halsschlingen mit je einem Knoten und um eine Schlinge, auf der der Körper ritt. Näheres im Originale mit Abbildungen.

CHIARI.

8) **Z. Dobrowolski. Die Lymphfollikel der Schleimhaut des Rachens, des Magens, Kehlkopfes, der Luftröhre und der Vagina. (Guziczki limfatyczne btony sluzowej przetyku, zoladka, kotani, tchawicy i pochwy.)** Gekrönte Preisschrift. — *Pam. tow. lek. Warsc. 1892. T. LXXVIII.*

Auf Grund eingehender mikroskopischer Untersuchung von 23 menschlichen Speiseröhren und 11 Speiseröhren von verschiedenen Thieren kommt D. zu folgenden Conclusionen:

In der Mehrzahl der Speiseröhren gesunder Menschen sind keine Lymphfollikel zu finden.

In 9 Speiseröhren, die mit chronischer Entzündung behaftet waren, wurde die Anwesenheit von Lymphfollikeln hauptsächlich im oberen Theile und an der vorderen Fläche constatirt. Die Lymphfollikel befinden sich direct unter dem Epithel. Die Ausführungsgänge der acinösen Drüsen liegen gewöhnlich in der Mitte der Lymphfollikel.

In den Speiseröhren von 6 Hunden und 5 Katzen wurden keine Lymphfollikel gefunden.

Auf Grund seiner Ergebnisse kommt der Verf. zu dem Schluss, dass die Anwesenheit von Lymphfollikeln in dieser Gegend zu der Annahme berechtigt, dass wir es in solchen Fällen mit chronischen Catarrhen zu thun haben.

Im Sinus pyriformis fand Verf. immer adenoides Gewebe, meistentheils als beschränkte kleinzellige Infiltration. Mitunter tritt dieses adenoide Gewebe in der Form der sog. Zungenbalgdrüsen auf. 8 mal hat Verf. eine Congruenz von Drüsengewebe gefunden, welches sehr den Tonsillen ähnlich war. Dieses Gewebe nennt Vf. Tonsilla laryngea s. tonsilla sinus pyriformis. Gewöhnlich befindet sich dieses Gewebe beiderseits, nur in 2 Fällen fand Vf. dasselbe auf einer Seite, dagegen auf der anderen Seite nur vereinzelte Balgdrüsen. Diese Tonsillen bestehen aus 4—15 Balgdrüsen mit allen Bestandtheilen derselben. Sie sind 6—8 mm dick. Bei Kindern von 2—6 Jahren konnte Vf. dieselben nicht nachweisen, er fand nur einzelne Stellen adenoiden Gewebes mit oder ohne Lymphfollikel.

Die Tonsillen des Sinus pyriformis betrachtet Verf. als normales Gewebe, welches jedoch nicht immer vorkommt. Bei Hunden und Katzen hat Verf. im Sinus pyriformis weder Balgdrüsen, noch Tonsillen gefunden, nur vereinzelte Follikel und spärliches adenoides Gewebe wurde constatirt.

In den ary-epigl. Falten von Katzen wurde vom Verf. reichliches adenoides Gewebe mit Lymphfollikeln gefunden. In gesunden menschlichen Kehlköpfen hat D. spärliche Lymphfollikel hie und da gesehen und zwar im Ventriculus Morgagni, in der Pars interarytaenoidea und am Petiolus der Epiglottis. Bei chronisch-

katarrhalischen Zuständen sah D. an denselben Stellen ziemlich reichliche Lymphfollikel. LUBLINER (HERYNG).

b. Nase und Nasenrachenraum.

9) **G. H. Halberstadt. Die pathologische Nase. (The pathological nose.)** *Lehigh Valley Med. Magazine. April 1893.*

Unter den Krankheiten, die durch pathologische Verhältnisse in der Nase bedingt sein können, nennt Verf. Erkrankungen der Augen, wie Trachom, Blepharitis, Conjunctivitis, Iritis etc., ferner Hauterkrankungen, wie Acne, Gesichtserysipel, Herpes; sodann die angeblichen fibroiden und katarrhalischen Phthisen, epileptiforme Krämpfe, Schwindel, Incontinentia urinae u. s. w.

Auch das Erbrechen der Schwangeren kann manchmal durch Freilegung der verstopften Nasenpassage gestillt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **Chaput (Paris). Autoplastik an der Nase. (Autoplastic nasale.)** *Soc. de Chirurgie. 26. April 1893.*

Vorstellung eines jungen Mädchens, bei dem C. eine Nasenautoplastik mittelst eines zwischen dem Lobulus und der Nasenschleimhaut eingeführten Unterstützungsgestelles aus Platin ausgeführt hatte. Das Knochengerüst der Nase war bei der Kranken durch hereditäre Syphilis zerstört worden. LUC.

11) **H. A. Duemling. Eine neue Methode zur Aufrichtung eingesunkener Nasen. (A new method of restoring sunken noses.)** *St. Louis Courrier of Medicine. April 1893.*

Die Methode, die in dem von D. mitgetheilten Falle zur Anwendung kam, war folgende: Es wurde ein langes sondenartig gebogenes Messer in die Nase eingeführt und sämmtliche Weichtheile bis auf das Periost von der Gesichtsfläche des Oberkiefers losgetrennt, nach oben zu bis an die Wangenknochen, nach hinten bis an den Nasenausgang. Darauf wurden diese Theile in die Höhe gehoben und mittelst eines folgendermaassen angefertigten Schienenapparates in ihrer neuen Lage fixirt: In Weissgummiröhren von zweckentsprechender Länge wurden Stücke weichen (Cedern-) Holzes eingeführt; von diesen Gummipflöcken wurden in jede Nasenseite eines eingelegt und nach dem Emporheben der ganzen Nase die Pflöcke mit den Weichtheilen durch Hasenschartennadeln fixirt. Ein Verband wurde nicht gemacht; nach 10 Tagen wurden die Pflöcke entfernt; die Nase war dann sehr gross, aber doch von richtiger Gestalt; sie schrumpfte später auf richtige Proportionen, ohne dass eine sichtbare Narbe blieb.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **Ino O. Roe. Die Correction von Deformitäten der Nase, die aus einem Nasenscheidewandabscess entstanden sind. (The correction of deformities of the nose resulting from abscess of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Journal. 25. März 1893.*

R. schlägt eine einfache Methode vor, nach der die Deformitäten, die häufig

durch einen Abscess an der Nasenscheidewand zur Entstehung kommen, auch durch eine subcutane und intranasale Operation corrigirt werden können. Die Deformitäten dieses Ursprungs sind relativ häufig, in fast allen Fällen können sie verhütet werden, wenn man den Abscess frühzeitig erkennt und zweckmässig behandelt. Bei Erwachsenen ist der Nasenscheidewandabscess, der die Deformität verursacht, gewöhnlich syphilitischen Ursprungs, da von einem einfach entzündlichen Abscess selten eine so ausreichende Zerstörung des Knorpels ausgeht, um ein Einsinken der Nase zu veranlassen. — Der Vf. bringt mehrere Krankengeschichten bei (und illustrirt dieselben durch Holzschnitte) von Fällen, in denen er durch intranasale plastische Operationen gute Erfolge erzielt hat. In einem Falle handelt es sich um einen Mann, dessen Nase durch Zerstörung des Septums in der mittleren Partie in entstellender Weise abgeflacht war, bei dem die Weichtheile jedoch zwar stark verzerrt, aber nicht zerstört waren. In diesem Falle wurde zuerst die Haut von der eingesunkenen Partie der Nase abgehoben; dann wurden Läppchen von den verzerrten Weichtheilen von der Innenseite der äusseren Nasenwand beiderseits ausgeschnitten und in der Weise gedreht, dass sie die deprimirte Partie ausfüllten; Nadeln hielten diese Läppchen an ihrer Stelle und eine an der Aussenseite der Nase aufgesetzte Form erhielt das Ganze in der richtigen Gestalt. Der Erfolg war ein brillanter. — In einem anderen Falle wurden zur Stütze der Theile bis zur vollendeten Heilung Spiralfedern in die Nase eingelegt, die so gebogen waren, dass der eine Schenkel dem Nasenrücken, der andere dem Boden anlag. Die Tension der Feder wurde vor dem Einführen in der jedesmal gewünschten Stärke regulirt. LEFFERTS.

13) **Walker Downie** (Glasgow). **Fracturen der Nase und ihre Behandlung. (Fractures of the nose and their treatment.)** *Glasgow Medical Journal. März 1893.*

Der Verf. empfiehlt mit Wärme die aus Blei gefertigten Tampons, sowie eine aus ähnlichem Material bestehende Maske. P. MC BRIDE.

14) **Redactionelle Notiz. Verstümmelung der Nase. (Mutilation of the nose.)** *N. Y. Med. Record. 13. Mai 1893.*

Im „Critic" vom 1. April wird bei Besprechung des Werks von Greville Mac Donald „Die Krankheiten der Nase" gesagt: „Dies Buch ist wirklich nicht zu früh erschienen, denn es ist nachgerade Zeit, der rücksichtslosen Verstümmelung eines so wichtigen Organs wie die Nase, die unter dem Namen der Nasenchirurgie sich abspielt, ein Halt zuzurufen. Es bildet ja jetzt das Steckenpferd unserer jungen Specialisten im Lande und besonders in unserer Stadt, im Naseninnern herum zu cauterisiren, schneiden, reissen, sägen oder bohren, angeblich um Asthma oder andere sog. nervöse Reflexe zu heilen. Dr. Mac Donald erklärt, dass in seiner Praxis diese heroische Behandlung manchmal das Asthma geradezu erst verschuldet hat."

Wir sind der Ansicht, dass die Nase noch eine Zeit lang zu leiden haben wird, da nun mal das Publicum jetzt in diesem Sinne erzogen ist, gerade so wie man sich früher das „Os uteri wegen Geschwüre" cauterisiren liess; allein die

Reaction wird kommen und dann wird dem Instrumentenhändler eine ganz interessante Collection nutzloser Stahlwaaren auf Lager bleiben. LEFFERTS.

15) **R. S. Magee. Fremdkörper in den Ohr- und Nasenwegen und ihre Entfernung. (Foreign bodies in the aural and nasal passages and their removal.)** *Kansas Med. Journal. Februar 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **F. Huber. Fremdkörper in der Nase. (Foreign bodies in the nose.)** *Arch. of pediatrics. März 1893.*

Das Fortbestehen eines katarrhalischen Processes, der auf eine Seite begrenzt bleibt, dabei Erosion des Orificium und fötider Ausfluss: diese Symptome lassen an das Vorhandensein eines Fremdkörpers in der Nase denken.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **F. Oppenheimer** (Berlin). **Geschoss aus der Nase entfernt.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 1.*

Bei einem Kranken mit übelriechendem Nasenausfluss fand O. in der Nase die Kugel, welche sich der Pat. vor 12 Jahren in den Kopf geschossen hatte.

LANDGRAF.

18) **F. de Havilland Hall** (London). **Ein Fall von Rhinolith. (A case of rhinolith.)** *British Med. Journal. Jan. 21. 1893.*

Am 13. Januar beschrieb Hall vor der Clinical Society of London den Fall einer jungen 16jährigen Dame, welche, seit sie 2½ Jahre alt war, an fötider Secretion aus dem linken Nasenloch gelitten hatte. Dieser Theil war fast vollständig blockirt durch eine Masse von Steinhärte, welche hauptsächlich den unteren Nasengang, theilweise aber auch den mittleren ausfüllte.

Der Stein wurde in mehreren Sitzungen nach vorgängiger Cocainapplication mittelst der Zange stückweise entfernt; die Fragmente wogen zusammen 92 g. Der Stein bestand aus 73,6 pCt. Kalkphosphat und 26,4 pCt. organischen Substanzen. Ein Kern wurde nicht gefunden. In seinen weiteren Bemerkungen erwähnte der Vortragende der vollständigen Monographie über den Gegenstand von Seeligmann (Karlsruhe), welcher 110 Fälle des an sich seltenen Leidens gesammelt hatte. Hall fügte 15 neue hinzu.

Die Discussion brachte nichts Besonderes. SEMON.

19) **V. Cozzolino** (Neapel). **Rhinolith mit partieller Zerstörung der Nasenscheidewand. (Rinolito con distruzione parziale del sello nasale.)** *Morgagni. 1893. No. 3.*

Durch die ungefähr 2 cm lange, 1 cm hohe Perforation des unteren und mittleren Theils des Septums hindurch ruhte der 3 cm breite, 1 cm hohe, höckrige, schwärzliche Stein mit zwei Dritteln seiner Breite auf dem rechten, mit einem Drittel auf dem linken Nasenboden. Der Stein wurde leicht durch die linke vordere Nasenöffnung entfernt. Es wurde keine chemische, und, wie es den Anschein hat (da nichts darüber angegeben wird), auch keine physikalische

Untersuchung des Steininneren gemacht; trotzdem versichert C., dass sich der Kern „ohne Zweifel aus dem eindickungsfähigen Theile der Nasensecretion gebildet hatte."

Die Septumperforation ist nach C. bloss aus dem Druck des wachsenden Steins entstanden. Die in seinem Falle von anderer Seite gestellte Diagnose auf gummöse Zerstörung des Septums wird von ihm aus dem Grunde auf's Entschiedenste verworfen, weil „solche Zerstörung immer von gummöser Infiltration mit wenigstens beginnender Perforation des Gaumengewölbes begleitet ist." — Einen weiteren Grund, Lues als Ursache der Septumperforation auszuschliessen, findet C. darin, dass „eine tertiäre luetische Läsion, sich selbst überlassen, die fettige Involution eingeht, und Alles, meist in localen Zerstörungen, manchmal mit Narbenbildung endigt." (War das Loch im Septum nicht eine locale Zerstörung? Ref.)

Die Arbeit enthält historische Bemerkungen über den Gegenstand. Dabei ist aber die Angabe, dass von M. de Gardi „die erste klare Beobachtung eines Rhinolithes stammt", nicht richtig, da dieser Autor nur in ziemlich vager Weise eines Falles, von dem er aus zweiter Hand gehört hatte, Erwähnung thut, (Mackenzie-Semon, Nasenkrankheiten. S. 629). Zudem ist Graefe allemal in Graeffe verwandelt, Kölliker in Kolliker; statt Wiener klin. Woch., steht Viener f. Wich.! Uebrigens ist die Arbeit überhaupt eine compilatorische, bis auf die Beschreibung einiger „polypoider Granulationen", die Verf. in seinem Falle entdeckte und exstirpirte. Drei derselben sind in einem (gedachten) Sagittalschnitte abgebildet, welcher die rechte Fläche des Septums, sammt Perforation und Rhinolith, darstellt. Man sieht 1 mm dicke, 10—14 mm lange, höckrige, erbsengrosse Gebilde tragende Stiele aus der oberen Umrandung der Perforation in die Höhe längs des Septums emporsteigen, ohne dass man begreifen oder aus der Beschreibung eruiren kann, welche Kraft dieselben davon abhält, sich auf den Stein resp. den Nasenboden herabzusenken. Eines dieser Gebilde zeigte bei der histologischen Untersuchung dicht unterhalb der Schleimhautschicht einen kleinen Knorpelkern. Es scheint dem Ref., dass es der Mühe werth gewesen wäre, eine Deutung dieses Befundes und eine mehr wissenschaftliche Classification der fraglichen „polypoiden Granulationen", sowie die Aufsuchung des Entstehungsmechanismus letzterer zu versuchen. TOTI.

20) **William Fearnley** (London). **Ein Rhinolith durch Zufall entdeckt. (A Rhinolith discovered by accident.)** *Brit. Med. Journal. 25. Februar 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. MACKENZIE-JOHNSTON.

21) **Haug** (München). **Eine nicht zu empfehlende Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nasenhöhle von Kindern.** *Wiener medic. Presse. 1893. No. 1.*

Diese Methode besteht darin, dass man bei Zuhaltung des Nasenloches, in dem sich der Fremdkörper nicht befindet, heftig in den geöffneten Mund des Kindes bläst, wodurch dann der Fremdkörper leicht herausgeschleudert werden soll. H. macht gegen diese Methode folgende Einwendungen: 1) kann dem Arzt

dabei der Naseninhalt des Kindes in das Gesicht geschleudert werden; 2) kann der Arzt Krankheitskeime einblasen; 3) ist die Methode nicht zuverlässig und 4) kann sie auch gefährlich werden durch heftiges Eindringen der Luft oder von Krankheitskeimen in die Tuba. Letzteres hat er auch durch Experimente nachgewiesen. CHIARI.

22) **James P. Kimball. Maden in der Nase, vertrieben durch Injectionen von Chloroform. (Maggots in the nose successfully treated by injections of chloroform.)** *N. Y. Med. Journ. 11. März 1893.*

K. berichtet über einen Fall sehr eingehend; er bezieht sich auf 7 Fälle von Maden in der Nase (einschliesslich seines einen), die alle in Fort Clark, U.S., und seiner Umgebung während der letzten 10 Jahre vorkamen und alle, mit Ausnahme eines, schlecht verliefen. In allen Fällen bestand zur Zeit der neuen Krankheit Ozaena; angezogen durch den starken Geruch, dringen die Fliegen in die Nase des Schlafenden ein und deponiren dort die lebenden Larven.

K. berichtet, dass er, bevor er in seinem Falle zu den Chloroform-Injectionen griff, vorher die Wirkungen der verschiedenen empfohlenen Mittel auf die Maden untersuchte, wobei er die Decocte der Bitterkräuter und des Tabaks ausliess. Eine Anzahl der Larven wurden in eine Schale gestossen, die eine 5procentige Carbollösung enthielt und zwar in einer Schicht, dass die Larven vollständig eintauchten, in ihrer Respiration aber nicht vollständig behindert waren. Die Larven bemühten sich herauszukommen, doch wurden sie immer wieder zurückgestossen, 5 Minuten lang; am Ende dieser Zeit durften sie herauskriechen und es zeigte sich, dass sie die Benetzung in keiner Weise beschädigt hatte. Eine ebensolange und in gleicher Weise durchgeführte Immersion in eine Sublimatlösung von 1 : 500 hatte das gleiche Resultat. Terpentinöl liess die Bewegungen der Larven nach 3 Minuten aufhören, aber nach dem Herausnehmen lebten diese wieder auf; eine 5 Minuten lange Eintauchung tödtete sie. Olivenöl und Perubalsam war ganz ohne Wirkung. Calomel war ohne jeden Effect, wenn die Maden nicht mehrere Minuten lang ganz in demselben eingegraben wurden, wobei sie natürlich erstickten. Chloroform, mit der halbausgewachsenen Larve in Berührung gebracht, hatte den fast momentanen Tod zur Folge; die ganz ausgewachsene Larve wurde in 5—7 Secunden getödtet. Die Chloroformdämpfe genügten, die Maden in wenigen Secunden zu betäuben; doch lebten sie, wenn man sie dann entfernte, wieder auf. LEFFERTS.

23) **David Cerna. Maden in der Nase. (Maggots in the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 1. April 1893.*

C. berichtet über 4 Fälle. Er sagt: „Ich versuchte alle Mittel, mit Ausnahme des Chloroforms; das einzige, was mir befriedigende Resultate ergab, war das Calomel. Meine 4 Patienten heilten alle schnell und ohne irgend welche Nachwirkungen darzubieten. Das Calomel wurde nur in Form von Einblasungen gegeben. LEFFERTS.

24) **Geo. W. Caldwell. Die Krankheiten der pneumatischen Höhlen der Nase und ihre Beziehung zu gewissen Affectionen des Auges. (Diseases of the pneumatic sinuses of the nose and their relation to certain affections of the eye.)** *N. Y. Med. Record. 8. April 1893.*

C. kommt zu dem Schlusse, dass die Krankheiten der pneumatischen Nebenhöhlen der Nase und ganz besonders der Siebbein- und Keilbeinhöhle sehr viel bedeutsamere ätiologische Factoren für die Entstehung von Augenkrankheiten sind, als man gewöhnlich annimmt. Die Siebbeinerkrankungen manifestiren sich besonders durch intraoculare und conjunctivale Circulationsstörungen, ferner durch die Erzeugung einer Gruppe von Symptomen, die man als asthenopische bezeichnen könnte; während die Affectionen der Keilbeinzellen mehr den Nervus opticus in Mitleidenschaft ziehen durch Ausbreitung eines langsamen, nicht destructiven und andauernden Entzündungsprocesses oder auch auf rein functionellem Wege. In ähnlicher Weise können auch die motorischen Nerven des Auges afficirt werden.

C. meint, dass es zur Sache der Gewohnheit werden müsse, in Fällen von Störung an den Augen mit irgendwie unklarer Aetiologie und in allen Fällen von retrobulbärer Erkrankung eine gründliche Untersuchung der Nase und ihrer Nebenhöhlen vorzunehmen. Es können wiederholte Untersuchungen nothwendig werden, bis man eine Sinuserkrankung ausschliessen kann; findet man aber eine solche, dann treten dieselben Principien der frühen und freien Drainage und der Reinhaltung in Geltung, welche die Therapie der eitrigen Mastoiditis beherrschen.

LEFFERTS.

25) **Moreau R. Brown. Empyem der Kieferhöhle und seine Beziehung zu den anderen Erkrankungen der Highmorshöhle. (Empyema of the maxillary sinus and its relation to diseases of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Med. Record. 1. April 1893. Journ. of Laryngology. Mai 1893.*

„In Bezug auf die Diagnostik der Erkrankungen der Kieferhöhle ist in der letzten Zeit viel theoretisirt worden. Die Aufmerksamkeit der Untersucher auf diesem relativ neuen Gebiete wandte sich ganz besonders einem der constantesten und objectivsten Symptome zu, nämlich dem eitrigen Ausfluss aus der normalen oder einer accessorischen Oeffnung des Sinus nach der Nasenhöhle oder aus einer künstlichen zu Explorationszwecken angelegten Punctionsöffnung. Wir können nun alle klassischen Symptome der Kieferhöhlenerkrankung beisammen haben und doch fehlt jede Spur von Eiter oder aber, wie Ruault betont (überrascht darüber, keinen Eiter zu finden in einem Falle, wo die Durchleuchtung einen ganz ausgezeichneten suborbitalen Schatten gab), „wir können Undurchsichtigkeit ohne Empyem finden, aber nicht Empyem ohne Schatten." Eiter in der Kieferhöhle kann das Resultat eines acuten, subacuten und chronischen Entzündungs- oder Eiterungsprocesses sein, der sich von der Nase oder einer der Nasennebenhöhlen oder von einer alveolären Caries her fortgepflanzt hat. Vielleicht spielt auch das Factum mit, dass der Boden der Höhle tiefer liegt im Vergleich zur Nase und den Höhlen, wodurch sie gewissermaassen zu einem

Receptaculum für die in der Nase und den anderen Höhlen gebildeten Secrete wird, welche nach Bosworth beim Verschluss des Ostium maxillare unweigerlich zu Eiter sich umwandeln. Wir können nach Allem Garretson's Satz nicht gelten lassen, „dass die Krankheiten der Kieferhöhle zumeist einfach und leicht zu diagnosticiren sind", sondern wir neigen eher der Ansicht Greville Mac Donald's zu, der die Diagnose der Krankheiten des Antrum für eines der schwierigsten Capitel der gesammten Pathologie hält." LEFFERTS.

26) **P. Delamarre. Phlegmone der Orbita infolge einer alveolären Periostitis, die auf die Kieferhöhle und auf die Augenhöhle übergegriffen hatte. Heilung nach Extraction eines Backenzahnes und Perforation der Alveole. (Phlegmon de l'orbite dû à une périostite alveolo-dentaire ayant envahi le sinus maxillaire et la cavité orbitaire. Guérison après l'arrachement d'une molaire et la perforation de l'alveole.)** *Archives de méd. milit. März 1893.*

Die Uebersohrift der Arbeit reicht aus, um ein Bild des Falles zu geben.

LUC.

27) **J. Walker Downie** (Glasgow). **Chronische Eiterung in der Highmorshöhle. Operation. — Entfernung eines nekrotischen Knochenstückes und eines an der oberen Partie der Aussenwand des Antrum stehenden Zahnes. — Heilung. (Chronic suppuration in antrum of Highmori — operation — removal of necrosed bone and of teeth growing from upper part of outer wall of antrum — cure.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1893.*

Die Hauptzüge des Falles beschreibt die Uebersohrift; nach der Eröffnung der Höhle und der Einführung des Fingers fühlte man oben an der vorderen Wand der Höhle einen harten Gegenstand, der sich nach der Herausnahme als ein Schneidezahn erwies. P. MC BRIDE.

28) **F. van Leyden** (Schermer). **Zur Diagnose und Therapie des Empyema antri Highmori. (Iets over diagnese en therapie van empyema antri Highmori.)** *Ned, Tijdschr. v. Geneesk. 1893. II. No. 5.*

Brief aus Heidelberg, in welchem v. L. die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden des Empyems der Kieferhöhle, wie sie in Jurasz' Ambulatorium ausgeführt werden, beschreibt. In Bezug auf die Durchleuchtung spricht sich v. L. dahin aus, dass, wenn bei der Durchleuchtung eine deutliche Differenz beider Gesichtshälften sich zeigt, die Anwesenheit von Eiter wahrscheinlich ist; dass aber auch trotz absoluter Gleichheit der Durchleuchtung, Eiter im Antrum sein kann. Die einzig entscheidende Methode ist die Probe-Durchspülung, welche, mittelst einer Canüle à double courant, entweder durch das Ostium maxillare oder, wenn dies nicht gelingt, durch eine künstliche Oeffnung im unteren Nasengange ausgeführt wird.

Die Behandlung besteht in sorgfältigen Durchspülungen. Von den im letzten Jahre auf diese Weise behandelten 15 Patienten wurden 14 geheilt.

L. BURGER.

29) **Finkelkraut** (Warschau). **Empyema antri Highmori.** *Kronika lekarska. No. 6. 1893.*

Ein zusammenfassender Bericht über diese Affection nebst Beschreibung eines Falles von Empyem, das nach Zahnextraction entstanden war.

LUBLINER (HERYNG).

30) **F. L. Stillman. Empyem der Kieferhöhle. (Empyema of the maxillary sinus.)** *Columbus Med. Journal. März 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **H. S. Birkett. Empyem der Highmorshöhle. (Empyema of the antrum of Highmore.)** *Montreal Med. Journal. März 1893.*[1]

Berichte über ein Paar Fälle, von denen der eine mit Nasenpolypen, zwei mit acuter Rhinitis, drei mit Zahncaries und einer mit Necrose des Oberkiefers complicirt war. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **Chiari. Die Behandlung des Empyems der Highmorshöhle. (The treatment of empyema of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Med. Record. 11. März 1893.*

Ch. stellt 28 Fälle dieser Krankheit zusammen und formulirt folgende Regeln für die Therapie: 1) In einigen wenigen, recht seltenen Fällen ist das Empyem durch alveoläre Periostitis verursacht und kann dann durch die blosse Extraction der Wurzel des erkrankten Zahnes geheilt werden. 2) Fortgesetzte Ausspülungen der Nase können erhebliche Besserung herbeiführen. 3) Injectionen in das Antrum bringen, selbst wenn sie regelmässig und gründlich ausgeführt werden, häufig genug keine vollständige Heilung, doch in der Regel eine gewisse Besserung zu stande. 4) In Fällen von frischer Eiterung in Folge von alveolärer Periostitis genügen gewöhnlich ein Paar Injectionen, um Heilung zu erzielen. 5) Nur in einem Falle gelang die Injection in das Ostium maxillare in der Weise, dass der Eiter zugleich mit der injicirten Flüssigkeit abfloss. 6) Systematische Injectionen lassen sich leicht und zweckmässig vom Proc. alveolaris her ausführen. Die Ausspülung von dem unteren Nasengange aus ist eine sehr mühsame und verursacht dem Pat. sehr grosse Beschwerden. 7) Einblasungen von Jodoformpulver geben keine positiven Resultate. 8) Während aller dieser verschiedenen Eingriffe soll das Antrum nach dem Munde zu verschlossen werden. 9) Die zuverlässigsten Resultate ergiebt die Tamponade des Antrum mit Jodoformgaze, die die Eiterung rapide zum Stehen bringt; dieselbe soll nur einmal wöchentlich gemacht werden; jeder Arzt kann sie leicht ausführen und man schliesst dabei gleich das Antrum vom Munde ab. 10) Zur Vorbereitung der Tamponade wird gewöhnlich eine Oeffnung, in ihrer Grösse von 4—6 mm wechselnd, in einem Alveolus angelegt. Man kann diese Oeffnung auch in der Fossa canina anlegen, doch nur da, wo eine Perforation an dieser Stelle bereits besteht oder wo der Pat. das Opfer eines Zahnes verweigert, oder schliesslich, wo ein gründliches Curettement der Höhle erwünscht erscheint. Das Tamponiren durch die Fossa canina bleibt indess stets ein schwieriges und schmerzvolles Verfahren.

LEFFERTS.

33) A. W. Baker. **Die Behandlung der Eiterung der Kieferhöhle. (The treatment of suppuration in the maxillary antrum.)** *N. Y. Med. Journ. 29. April 1893.*

Eine Uebersetzung eines Artikels von Prof. Partsch (Breslau), die in dem Dublin Journal of Med. Sciences vom April 1893 zuerst erschienen und in dem N. Y. Med. Journal in extenso wiedergegeben ist. LEFFERTS.

34) Henry Sewill (London). **Aetiologie des Empyems der Highmorshöhle. (Etiology of empyema of the antrum.)** *Lancet. 6. Mai 1893.*

Ein Brief an den Herausgeber, bezugnehmend auf Robertson's Arbeit. Der Autor betont mit Nachdruck den causalen Zusammenhang zwischen Caries der Zähne und der oben gedachten Erkrankung. MACKENZIE-JOHNSTON.

35) R. M'kenzie Johnston (Edinburgh). **Durchleuchtung der Highmorshöhle. (Transillumination of the antrum.)** *Brit. Med. Journal. 18. Februar 1893.*

Eine Demonstration der Durchleuchtung mittelst electrischen Lichtes vor den vereinigten Edinburgh und Stirling Kinross and Clakmannan Branches der B. M. A. MACKENZIE-JOHNSTON.

36) H. Mygind (Kopenhagen). **Die elektrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen als diagnostisches Mittel bei Empyema antri Highmori. (Den elektriske Gennemlysning af Ansigtets Knogler som diagnostisk Middel ved Empyema antri Highmori.)** *Hospit.-Tidende. 25. Jan. 1893.*

Der Verf. hat die Durchleuchtungsresultate bei gesunden Individuen (120 Fälle) untersucht. Er fand, dass die Durchleuchtung des Auges in vielen Fällen auf beiden Seiten ungleich war und dass bei 5 Fällen (= 4 pCt.) die eine Pupille gar nicht erleuchtet wurde. Nicht weniger als 41 = ungefähr $^1/_3$ von sämmtlichen Individuen boten bei Durchleuchtung der Gesichtsknochen vollständig dunkle Pupillen dar. In vielen dieser Fälle war der harte Gaumen nicht hoch, was besonders zu bemerken ist, weil Davidsohn die fehlende Durchleuchtung des Auges mit der Form des harten Gaumens in Verbindung gesetzt hat. Die weiblichen und jüngeren Individuen gaben viel öfters positive Durchleuchtungsresultate, als die männlichen und älteren Individuen, was mit der verschiedenen Knochendicke und Textur bei den verschiedenen Geschlechtern und den verschiedenen Altersstufen in Verbindung gesetzt wird. Verf. meint, dass man nach dem gegenwärtigen Stande der Methode nicht berechtigt ist, der fehlenden Durchleuchtung des Auges eine entscheidende diagnostische Bedeutung zuzutheilen. — In der diesem Vortrage folgenden Discussion in der med. Gesellschaft zu Kopenhagen theilte Referent mit, dass er die Methode in 20 Fällen von Antrumempyem versucht hat. Das Resultat war sehr ungleichartig, und einen absoluten Werth als diagnostisches Mittel kann man, dem Ref. zufolge, der Durchleuchtungsmethode nicht beilegen; die Methode steht in dieser Beziehung weit hinter der Probepunction. SCHMIEGELOW.

37) **Garel. Ein neues Symptom des Empyems der Highmorshöhle bei der elektrischen Beleuchtung. (Un nouveau signe d'empyème de l'antre d'Highmore par l'éclairage électrique.)** *Annal. des malad. de l'oreille. No. 2. 1893.*

Führt man eine electrische Lampe in den Mund eines Pat. mit Empyem der Highmorshöhle ein, so sieht dieser selbst das Licht auf der kranken Seite nicht. Der Verf. will auf dieses Symptom, das er bei allen seinen Kranken constatiren konnte, aufmerksam machen. E. J. MOURE.

38) **Adolph Bronner** (Bradford). **Nasenrachenraumerkrankung. (Nasopharyngeal disease.)** *Brit. Med. Journal. 25. März 1893.*

Vortrag, gehalten in der Bradford Medico Chirurgical Society; Details giebt der Bericht nicht. MACKENZIE-JOHNSTON.

39) **M. D. Thomas. Dyspepsie als Ursache des Nasenrachenraumcatarrhs. (Dyspepsia as an underlying cause of naso-pharyngeal catarrh.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngol. Januar 1893.*

Th. hält diesen ursächlichen Zusammenhang für häufiger, als man gewöhnlich annimmt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Edward G. Bermingham. Der Werth der Reinlichkeit bei der Behandlung des Nasenrachenraumcatarrhs. (A plea for cleanliness in the treatment of naso-pharyngeal catarrh.)** *N. Y. Med. Journ. 11. März 1893.*

B. ist zu der Ueberzeugung gekommen, dass der systematische und richtige Gebrauch eines antiseptischen Spülwassers, das sich der Pat. selbst irrigirt, zur Herstellung des normalen Zustandes der Schleimhaut weit mehr leistet, als die häufige Application medicamentöser Lösungen und Pulver, wie sie gewöhnlich der Specialist ausübt. Bei richtigem Gebrauch heilen 50 % aller Fälle von einfachem hypertrophischen Catarrh ohne Stenose allein durch dieses Mittel und die atrophischen Fälle werden erheblich gebessert. Nimmt man dagegen auf die Reinhaltung der Schleimhaut nicht Rücksicht oder übt man sie unzweckmässig aus, dann wird jede weitere Therapie nur Arzt und Patienten enttäuschen, ohne jemals zum Ziele zu führen. LEFFERTS.

41) **Strazza** (Genua). **Beitrag zu den Affectionen des Nasenrachenraums. (Contributo alle affezioni della volta naso-faringea.)** *Arch. it. d'Otologia. 1893. No. 4.*

Ein Resumé der jetzigen Kenntnisse über Anatomie und Pathologie der Rachentonsille. Bei acuten und subacuten Formen zieht S. antiseptische Irrigationen, bei den chronischen Galvanokaustik und Auskratzung mit Erfolg in Anwendung. TOTI.

42) **Louis E. Blair. Syphilis des Nasenrachenraums nebst Bericht über einen Fall von tertiärer Syphilis des Keilbeins. (Syphilis of the naso-pharynx, with report of a case of tertiary syphilis of the sphenoid.)** *N. Y. Med. Record. 15. April 1893.*

Ein kurzer, gut geschriebener Artikel über die Syphilis des Nasopharynx,

der nichts Neues enthält und an den sich die Krankengeschichte des oben erwähnten Falles anschliesst. LEFFERTS.

43) **Bobone** (S. Remo). **Zwei Fälle von Nasen-Rachenpolyp, geheilt durch einfache galvanische Verbrennung. (Due casi di polipo naso-faringeo guariti colla semplice ustione galvanica.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1893. No. 9.*

Im ersten Falle hatte B. eine galvanokaustische Schlinge um die Geschwulst angelegt und zugezogen. Die Schlinge glitt aus, und es wurde nur eine kleine Schale weggebrannt. Das genügte, um einen ausgiebigen Schrumpfungsprocess einzuleiten. Die Geschwulst verkleinerte sich derart, dass sie keine Beschwerden mehr machte.

Im zweiten Falle wandte B. von Anfang an galvanokaustische Stichelungen an. Elf solche genügten, um den Polypen auf die Grösse einer kleinen Haselnuss zu reduciren. TOTI.

44) **Normand. Behandlung der Nasenrachenraumpolypen mittelst Electrolyse. (Du traitement par l'electrolyse des polypes naso-pharyngiens.)** *Archives d'électricité medicale. No. 1 u. 2. 1893.*

Nach einer recht ausführlichen geschichtlichen Einleitung giebt Verf. eine Kritik der verschiedenen Behandlungsmethoden; er selbst bevorzugt die Electrolyse nach dem von Prof. Bergonie angegebenen Verfahren, von dessen Technik er eine sehr eingehende und vollständige Schilderung giebt; Verf. berichtet zuletzt noch über die Erfahrungen, die er bisher gesammelt hat. E. J. MOURE.

45) **Picqué** (Paris). **Entfernung eines Nasenrachenraumpolypen. (Ablation d'un polype naso-pharyngien.)** *Bull. méd. 1893. p. 355.*

Junger Mensch von 17 Jahren; Beginn der Erkrankung vor 2 Jahren. Es handelte sich (wie die histologische Untersuchung ergab) um ein telangiectatisches Lympho-Myom.

Es wurde die präventive Tracheotomie gemacht und dann die Neubildung vom Munde aus entfernt, nachdem vorher ein Stück des Gaumens resecirt war. Beträchtlicher Blutverlust, doch rasche Heilung. Bisher — nach 2 Jahren — kein Recidiv. LUC.

c. Mundrachenhöhle.

46) **Schwinghoff** (Salzwedel). **Ein Beitrag zur Casuistik der Phosphornekrose.** Dissertation. Würzburg 1893.

Bericht über 5 Fälle von Phosphornekrose des Kiefers aus der Kieler chir. Klinik. SEIFERT.

47) **Peretz** (Berlin). **Ueber Unterkieferfracturen.** Dissert. Würzburg 1893.

Fall von Schussverletzung des Unterkiefers. SEIFERT.

48) **Mules** (Manchester). **Rheumatische Tonsillitis. (Rheumatic tonsillitis.)** *Brit. Med. Journal. 18. März 1893.*

Vortrag, gehalten in der Manchester Med. Society; der Bericht giebt keine Details.

MACKENZIE-JOHNSTON.

49) **Sajous. Mandelentzündung. (Tonsillitis.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1893.*

Das Guajac, seit Altersher ein Heilmittel für die Mandelentzündung, findet in S. einen beredten Vertreter; derselbe giebt es als Tct. Guajac. ammoniat. 4 g auf ein halbes Glas Milch und gleichzeitig als Gurgelwasser.

LEFFERTS.

50) **S. Solis-Cohen. Bemerkungen über die acute Mandelentzündung. (Notes on acute tonsillitis.)** *Phil. Med. News. 29. April 1893.*

Im Laufe der sehr lesenswerthen, praktischen und interessanten Arbeit sagt der Verf.: „die Tonsillitis herpetica nimmt ein ganz specielles Interesse in Anspruch, weil sie leicht mit der Diphtherie verwechselt werden kann. Nur selten bekommt man sie in dem vesiculären oder papulären Stadium zu Gesicht, wenn aber die Bläschen geplatzt sind und sich dadurch kleine Ulcerationen gebildet haben, die mit Exsudat bedeckt sind, dann ist die Unterscheidung oft recht schwierig und manchmal ganz unmöglich. Ist die Diagnose gestellt, dann ist nur eine palliative Behandlung erforderlich, da die Krankheit von selbst stets zur Heilung tendirt. In zweifelhaften Fällen soll der Pat. isolirt und als diphtheriekrank behandelt werden.

Für die Diagnose der Tonsillitis herpetica kann ein gleichzeitig vorhandener Herpes labialis von einigem Werth sein, doch ist er keineswegs ein pathognomonisches Zeichen."

LEFFERTS.

51) **H. L. Anders. Eitrige Tonsillitis in der Kindheit. (Suppurative tonsillitis in infancy.)** *University Med. Magazine. Februar 1893.*

Interessant hauptsächlich wegen des Alters des Patienten, der erst 8 Monate alt war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **J. D. Lower. Die Behandlung der acuten Tonsillitis und Pharyngitis mit antirheumatischen Mitteln. (The treatment of acute tonsillitis and pharyngitis by anti-rheumatic remedies.)** *Columbus Med. Journ. Januar 1893.*

L. empfiehlt für Erwachsene kleine Dosen von Calomel und danach Guajactinctur in Glycerin, sowie die Application von Guajacpulver; bei Kindern tritt Natrium salicylicum an die Stelle des Guajac.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **J. C. Hoag. Eine gute Methode zur Behandlung der folliculären Tonsillitis. (A successful method of treating follicular tonsillitis.)** *Chicago Med. Record. April 1893.*

H. entfernt die Exsudate von der Tonsille mittelst eines kleinen Löffels (ähnlich einem Ohrlöffel) und der Zange und applicirt dann Wasserstoffsuperoxyd in die Lacunen. Die Dauer der Erkrankung wird auf die Hälfte verkürzt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) H. B. Hemenway. **Localbehandlung der folliculären Tonsillitis. (Local treatment of follicular tonsillitis.)** *Am. Lancet. Juni 1893.*

Der Spray ist die beste Form der localen Application. Die Mycosis der Mandeln ist oft mit folliculärer Tonsillitis verbunden. Bei der letzteren ist ein mildes Mittel gewöhnlich am wirksamsten; bei ersterer dagegen ist jede locale und constitutionelle Therapie vergeblich.

H. glaubt nicht, dass die Mykose durch Leptothrix verursacht ist; dagegen enthalten die käsigen Herdchen bei der folliculären Tonsillitis oft Leptothrixfäden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) M. J. Donahue. **Krämpfe bei Kindern infolge von Mandelentzündung (Convulsions in children due to tonsillitis.)** *University Medical Magazine. Mai 1893.*

Bericht über 3 Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) Thomas Gann (British Honduras). **Erstickungstod verursacht durch den Durchbruch eines Tonsillarabscesses in den Larynx. (Rupture of tonsillar abscess into larynx causing suffocation.)** *Lancet 24. Juni 1893.*

Während der Chirurg unterwegs war, um ein geeignetes Bistouri zu holen, barst der Abscess und der Pat. erstickte. Die Tracheotomie, die so schnell als möglich gemacht wurde, konnte die Athmung nicht wieder in Gang bringen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

57) F. W. Blake. **Die Mandeln und ihre chronischen Vergrösserungen. (Tonsils and their chronic enlargement.)** *Columbus Med. Journal. Februar 1893.*

„Eine Compilation der aus der Erfahrung oder dem Versuchsresultate gewonnenen Anschauungen von Männern von bewährter Tüchtigkeit.“

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) W. E. Casselberry. **Die Abschneidung der Tonsille; ihre Gefahren, ihre Nothwendigkeit und ihre Indicationen. — Ein vereinfachtes Tonsillotom. — Die Technik der verschiedenen Blutstillungsmethoden. — Bericht über einen letalen Fall. (Abscission of the tonsil; its dangers, necessities and indications; a simplified tonsillotome; technique of the various means of controlling hemorrhage; report of a fatal case.)** *Chicago Medical Recorder. Januar 1893.*

Die beste Methode zur Entfernung der Tonsille ist nach C. die Combination einer mit einer Hand zu regierenden Guillotine und einer Zange, mit der man die Drüse fasst und herauszieht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) G. Hunter Mackenzie (Edinburgh). **Die Tonsillotomie, ein Bericht über 230 Fälle. (Tonsillotomy with an analysis of 230 cases.)** *Brit. Med. Journ. 25. März 1893.*

Aus der tabellarischen Zusammenstellung der 230 Fälle geht hervor, dass die grösste Zahl der Operirten zwischen 6 und 10 Jahren alt waren. Eine ernstliche Blutung kam in keinem einzigen Falle vor. Zum Schluss macht M. ein paar Bemerkungen über die Indicationen der Tonsillotomie und ihre Resultate.

MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **Edward Jessop. Secundäre Blutung nach Entfernung der Mandeln. (Secondary haemorrhage after removal of the tonsils.)** *Brit. Medical Journal. 3. Juni 1893.*

Bericht über einen Fall, in dem 2 Tage nach der Tonsillotomie eine sehr schwere Blutung auftrat. Nach einiger Unruhe wurde die Blutung durch festen Druck mittelst eines mit Eisenchlorid getränkten Wattebausches zum Stehen gebracht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

61) **Ruault. Eine neue Methode zur chirurgischen Behandlung der Mandelhypertrophie. (Sur une nouvelle methode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire.)** *Bulletin et memoires de la société de laryngologie de Paris. Januar 1893.*

Das vom Verf. empfohlene Verfahren besteht darin, dass man zuerst mit Hülfe eines Häkchens, das man in alle Lacunen einführt, die Discission macht und dann mittelst einer eigens construirten scharfen Scheere alle Hervorragungen über die Oberfläche der Tonsille abträgt. Die blutende Fläche wird darauf mit einer starken Jodlösung gepinselt.

E. J. MOURE.

62) **H. A. Lediard** (Carlisle). **Ueber die Excision der Tonsillen. (On excision of the tonsils.)** *Lancet. 11. März 1893.*

Der Verf. bespricht seine Erfahrungen über die Entfernung der Tonsillen. Er selbst bevorzugt die Operation mittelst eines sondenförmig gekrümmten Messers, dessen hinterer Theil zur Verhütung einer Verletzung der Zunge mit einem Stück Gummirohr umkleidet ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **Louis Malley** (Paris). **Eine neue chirurgische Behandlungsmethode für die Mandelhypertrophie; Ruault'sche Methode. (Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire; méthode de Ruault.)** *Thèse de Paris. 1893.*

Nachdem er über die verschiedenen für die Mandelhypertrophie vorgeschlagenen Behandlungsmethoden einen Ueberblick gegeben, beschreibt Malley die Ruault'sche Methode. Dieselbe besteht in wiederholten stückweisen Abtragungen mit jedesmal nachfolgender Jodapplication Nach Verf.'s Ansicht verdient diese Methode den Vorzug vor jeder anderen. Die Ausführung derselben, die mittelst einer von Ruault eigens angegebenen Zange vor sich geht, erfordert nur 2—3 Sitzungen, ist sehr wenig schmerzhaft und bringt nicht die Gefahr einer Blutung mit sich.

Im gegebenen Falle kann dieses Verfahren gewiss ernstliche Vortheile gewähren; dass es aber für jeden Fall geeigneter ist als andere Methoden, glauben wir nicht.

MENDEL.

64) **Barrett. Hypertrophie der Mandeln und Ignipunctur. (Hypertrophied tonsils and ignipuncture.)** *N. Y. Med. Record. 14. Januar 1893.*

Bei Kindern zieht B. die Anwendung der Guillotine vor, die sich leichter nnd directer handhabt und keinerlei Gefahren mit sich bringt. Beim Erwachsenen aber, wo so vielfach ernstliche und gelegentlich sogar tödtliche Blutungen

vorgekommen sind, hat B. seit Jahren schon von der Anwendung jeglichen schneidenden Instrumentes Abstand genommen. Die Blutungen waren in der Hauptsache parenchymatöse und in einem Falle wenigstens konnte die Hämorrhagie selbst durch Unterbindung der Carotis communis nicht gestillt werden. Die Methode, deren B. sich jetzt bedient, ist folgende: Der Hals wird 1 oder 2 mal mit einer 5proc. Cocainlösung ausgesprayt und dann 2—3 Minuten gewartet. B. nimmt dann einen Galvanokauter mit starker (2 mm im Durchmesser messender), im rechten Winkel abgebogener Spitze, erhitzt ihn auf nahezu Weissglut und führt die Spitze, während die Zunge mit dem Spatel heruntergedrückt wird, in das Centrum der Tonsille bis zur Tiefe von $^1/_8$—$^1/_4$ Zoll ein. Die Spitze wird dann zurückgezogen und dicht daneben wieder eingestossen, bis die ganze Oberfläche der Tonsille ein siebförmiges Aussehen hat. Das Ganze wird für den Pat. erträglicher, wenn man von Zeit zu Zeit ein paar Secunden pausirt und den Spatel herausnimmt. Am Ende bricht B. mit dem Galvanokauter die zwischen den einzelnen Stichcanälchen stehen gebliebenen Partikel heraus und er erzielt damit als letzten Effect der Cauterisation ein grosses Loch in der Tonsille. Wenn man sich hütet, von der Rachen- oder Zungenschleimhaut etwas zu berühren, so ist das Verfahren nahezu schmerzlos, berührt man diese Theile mit dem glühenden Draht, dann ist der Schmerz freilich sehr bedeutend. Es folgt eine locale Reaction auf die Operation und häufig besteht auch 24—72 Stunden lang ein allgemeines Unwohlsein. Der Schorf stösst sich in 3—7 Tagen ab und dann atrophirt die Mandel. LEFFERTS.

65) **H. Hoyle Butts. Ein neues Instrument zur Stillung tonsillarer Blutungen. (A new instrument for controlling tonsillar hemorrhage.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1893.*

Das Instrument besteht in einer langen Zange, die am Ende der beiden Branchen zwei Polster trägt. Die Zange wird geschlossen in den Mund eingeführt, dann weit geöffnet, so dass die beiden Kissen auf die Gegend der Tonsillen kommen, wo sie mit der erforderlichen Kraft auf die blutenden Stellen drücken können. B. berichtet uns, dass er mit diesem Instrumente Versuche an Patienten (aber ohne Blutungen!) angestellt hat und dass man damit in jedem Halse zum Ziele kommen kann, wenn man einige Geschicklichkeit besitzt. Was die Geschicklichkeit des Operateurs mit der grösseren oder geringeren Toleranz eines reizbaren Pharynx zu thun hat, vermögen wir nicht einzusehen. Ob er sein Instrument jemals in einem Falle von tonsillärer Blutung angewandt hat, das sagt uns B. nicht. Ja wir ersehen nicht einmal, ob er jemals einen derartigen Fall gesehen hat; nach der behaglichen und ruhigen Beschreibung seiner Methodik möchten wir glauben, dass dies nicht der Fall ist; denn sonst wüsste B. wohl, wie bei einem jeden nur einigermassen schweren Falle alle derartigen Rathschläge, wie der seine, hinfällig werden. LEFFERTS.

66) **Ino. L. Ancrum. Combination von Tonsillotom und Uvulotom. (Combined tonsillotome and uvulotome)** *Phil. Med. News. 7. Januar 1893.*

Beschreibung des Instrumentes, dem A. nachrühmt, dass es so schmerzlos

arbeite, dass der Pat. kaum bemerkt, dass die Operation bereits vor sich gegangen.

LEFFERTS.

67) **J. G. Hyndman. Steinartige Concretionen in der Tonsille. (Calculous concretions in the tonsil.)** *Ohio Med. Journal. III. 105.*

Nicht zugänglich für den Referenten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Lord. Primäre Tuberculose der Mandel, der Wangen und Lippen. (Primary tuberculosis of the tonsil, cheeks and lips.)** *N. Y. Med. Record. 20. Mai 1893.*

Der Fall ist deshalb von Interesse, weil die Krankheit bei ihrem ersten Erscheinen im Gesicht und auf den Schleimhäuten grosse Aehnlichkeit mit einem Syphiloderm hatte. Die Geschichte des Falles ist kurz folgende: Vor 6 Jahren bekam die Pat. eine fibroide Geschwulst am Uterus und sie consultirte deshalb einen Arzt, der ihr Jodkalium und Quecksilber gab, um die Resorption der Geschwulst anzuregen. Die Kranke stand die letzten 6 Jahre fast beständig unter Jodkali und Quecksilber. Nachdem sie die Jodide 3 oder 4 Jahre genommen, brach ein Exanthem an ihrem ganzen Körper aus, das nach ihren Angaben den Windpocken ähnlich gewesen sein muss. Vor 2 Jahren bildete sich ein Geschwür auf der rechten Tonsille und ein unregelmässiges weiches kleines Ulcus an der Innenseite der linken Wange. Vor einem halben Jahre verbreitete sich das Ulcus auf die Oberlippe, die stark anschwoll, und von ihr aus auch auf die Unterlippe. Als Verf. die Pat. vor kurzem zum ersten Male sah, schwankte seine Diagnose zwischen Epitheliom und specifischer Erkrankung. Es sahen dann noch 3 Halsspecialisten den Fall an und sie diagnosticirten einen Krebs der Tonsille, die Hauterkrankung dagegen sprachen sie als luetisch an. Man schnitt nun ein Stück von der Haut heraus und die von Dr. Barker vorgenommene Untersuchung ergab Tuberculose. Diese Form von Tuberculose der Haut ist hervorragend selten; in 4000 Sectionsfällen, über die Chiari berichtet, findet sie sich nur 5mal und zwar an den Stellen, wo Schleimhaut und Haut zusammenstossen, an den Lippen und am Anus, und einmal an der Hinterfläche der Ohrmuschel. Eine Fehldiagnose ist in solchem Falle wohl entschuldbar und nur durch die mikroskopische Untersuchung und die Färbung der Bacillen kann sie überhaupt vermieden werden. Auf der rechten Backe bestand bei L.'s Fall ein breiter rupiaähnlicher Fleck; nach Entfernung der Kruste aber sahen die Veränderungen hier in der That nach Tuberculose aus. Die Pat. hatte übrigens mancherlei syphilitische Symptome gehabt, wie rheumatische Schmerzen, Ausfallen der Haare etc.

LEFFERTS.

69) **F. D. Owsley. Bericht über zwei Fälle, bei denen die syphilitische Initialsclerose auf der Tonsille, resp. auf der Zunge gelegen war. (Report of two cases, in one of which the initial sclerosis of syphilis was situated on the tonsil, and in the other upon the tongue.)** *North. American Practitioner. März 1893.*

Die Patienten waren Eheleute. Der Gatte, der den Primäraffect an der Zunge hatte, inficirte die Frau. Im Falle des Mannes waren die Allgemeinerscheinungen mild, bei der Frau waren sie sehr viel schwerer.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

70) **L. D. Bulkley. Schanker der Tonsille: ein Bericht über 15 Fälle. (Chancre of the tonsil, with an analysis of 15 cases.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1893.*

Die charakteristischen Züge dieser Affection sind Vergrösserung der Mandel mit äusserster Härte, oberflächliche Ulceration mit ausgesprochen scharfen Rändern und Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen.

Die Schanker der Mandel können sehr leicht der Beobachtung entgehen. In allen 15 Fällen des Verf.'s mit Ausnahme von 3 wurde die Krankheit unschuldig acquirirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **L. Duncan Bulkley. Klinische Bemerkungen über den Schanker der Tonsille; eine Zusammenstellung von 15 Fällen. (Clinical notes on chancre of the tonsil, with analysis of fifteen cases.)** *N. Y. Medical Record. 27. Mai 1893.*

Unter 2000 Fällen von Syphilis, die B. zu Gesicht bekam, finden sich extragenitale Schanker 110 Mal, d. h. in über 5 pCt. Folgende Tabelle verzeichnet Sitz des Schankers und Geschlecht des Patienten:

Localisation:	Männer.	Weiber.	Sa.
Schanker der Lippe	20	29	49
„ „ Mandel	8	7	15
„ „ Finger	12	2	14
„ „ Brust	0	7	7
„ „ Zunge	3	2	5
„ „ Wange	5	0	5
„ „ Augenlider	4	0	4
„ des Kinns	2	1	3
„ der Hand	1	1	2
„ „ Nase	1	0	1
„ „ Ohren	1	0	1
„ „ Schläfe	0	1	1
„ des Halses	0	1	1
„ „ Vorderarms	1	0	1
„ der Regio sacralis	1	0	1
	59	51	110

Der Schanker der Mandel ist danach der häufigste nächst dem Schanker an den Lippen; dann folgt die Localisation am Finger. Der Tonsillarschanker macht etwa 14 pCt. sämmtlicher extragenitaler Schanker aus. Dem Geschlecht nach betheiligen sich merkwürdiger Weise Frauen und Männer in fast gleicher Weise an dieser Zahl: 8 Männer auf 7 Frauen; das Alter dieser Patienten variirt von 11 bis 46 Jahre. Die rechte Tonsille könnte empfänglicher für die Infection erscheinen als die linke. Unter den 15 Fällen war die rechte Mandel allein afficirt 9 mal, die linke allein 3 mal und in 3 Fällen beide Mandeln zugleich.

B. betont am Schluss seiner Studie, dass das Vorkommen des syphilitischen Primäraffects an der Mandel weit häufiger sei, als man gewöhnlich annimmt; er glaubt, dass man bei genauem Daraufachten mehr Fälle dieser Art beobachten

wird, dass sich manche sonst unerklärbare Fälle von syphilitischer Infection auf diesem Wege werden verstehen lassen und dass manches unschuldige Individuum von dem Verdacht, seine Krankheit sich durch geschlechtlichen Verkehr zugezogen zu haben, befreit werden wird. LEFFERTS.

72) **Ueber Schrumpfung von Neoplasmen.** Discussion in der Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 27. Januar 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 5.*

Störk erwähnt dabei eines Carcinoms der linken Tonsille, welches unter indifferenter Behandlung sich abstiess und fast völlig schwand; doch wurde es ein Jahr später wieder sehr gross und musste exstirpirt werden.

Kundrat erwähnt ähnliches von den Lymphsarcomen des Gaumens und der Zunge

Schrötter bespricht ähnliche Fälle und hebt besonders die Wirkung des Arsens hervor. CHIARI.

73) **R. C. Myles. Eine maligne Geschwulst der Tonsille. (A malignant tumor of the tonsil.)** *N. Y. Med. Record. 29. April 1893.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

74) **Chavasse. Seitliche Pharyngotomie als Behandlungsmethode bei maligner Erkrankung der Mandeln. (Lateral Pharyngotomy as a method of treating malignant disease of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 27. Mai 1893.*

Vortrag gehalten in der Midland Med. Society. Das Referat giebt weiter keine Einzelheiten. MACKENZIE-JOHNSTON.

75) **J. J. Chavasse** (Birmingham). **Seitliche Pharyngotomie als Behandlungsmethode bei maligner Erkrankung der Tonsille. (Lateral pharyngotomy as a method of treatment in malignant disease of the tonsil.)** *Lancet. 10. Juni 1893.*

Eine Vorlesung C.'s aus dem Birmingham General Hospital; Redn. empfiehlt die Entfernung der Tonsille bei primärer carcinomatöser Erkrankung durch Operation von aussen her. Er giebt eine Beschreibung seiner eigenen Operationsmethode und ausserdem einen Ueberblick über die verschiedenen anderen Methoden, die für die seitliche Pharyngotomie in Frage gekommen sind.

MACKENZIE-JOHNSTON.

d. Diphtherie und Croup.

76) **Sidney Snell** (Grays). **Der Nachweis der Bacillen bei der Diphtherie. (Proof of the presence of bacilli in diphtheria.)** *Lancet. 22. April 1893.*

Ein Brief an den Herausgeber, in dem S. eine Information erbittet.

MACKENZIE-JOHNSTON.

77) **P. R. Griffiths** (Cardiff). **Diphtherie und Immunität. (Diphtheria and immunity.)** *Brit. Med. Journal. 22. April 1893.*

Kurzer Bericht über zwei Fälle, die der Verf. mittheilt um zu zeigen, dass ein einmaliges Ueberstehen der Krankheit keine Immunität gegen dieselbe verleiht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

78) **Klemensiewicz. Schutzsubstanzen im Blute von Diphtherie-Reconvalescenten. (Protective substances in the blood of convalescents from diphtheria.)** *Phil. Med. News. 22. April 1893.*

K. konnte Thieren einen gewissen Grad von Immunität gegen Diphtherie verleihen durch die Einverleibung von defibrinirtem Blut oder von Blutserum, das von Diphtherie-Reconvalescenten gewonnen war. Ein ähnlicher Schutzeffect war nicht zu erzielen mit dem Blute gesunder Personen, die niemals Diphtherie überstanden hatten. Da die erreichte Immunität nicht lange anhielt, führt sie Verf. auf die Anwesenheit eines Antitoxins zurück, dessen Wirkung durch den Verbrauch der Substanz selbst sich bald erschöpfe. LEFFERTS.

79) **Redactionelle Notiz. Bemerkungen über die Diphtherie. (Comments on diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. April 1893.*

In jedem zweifelhaften Falle ist es am besten eine energische Therapie einzuleiten und den Patienten zu isoliren. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **William P. Munn. Diphtheritis: eine klinische Studie. (Diphtheria — a clinical study.)** *Phil. Med. News. 25. März u. 1. April 1893.*

In einem langen Artikel, der sich über zwei Nummern der „News" erstreckt, legt M. die Resultate seiner Erfahrungen und Beobachtungen, betreffend die Diphtherie nieder; er bespricht zuerst die Verwandtschaft des Scharlachfiebers mit der Diphtherie, die Identität zwischen membranösem Croup und Kehlkopfdiphtherie sowie die Verwandtschaft zwischen der letzteren und der folliculären Tonsillitis, zwischen denen von einer Identität garnicht die Rede sein könne. Der Frage der lokalen Medication gegenüber nimmt Verf. folgenden Standpunkt ein: Er erkennt die lebenden Keime als die primäre Ursache der Erkrankung an und sucht deshalb mittelst der lokalen Behandlung:

1. die Keime zu zerstören;
2. ihre activen Producte zu zerstören;
3. die Membranbildung zu begrenzen, resp. die bereits gebildeten Membranen zu zerstören.

Durch den ganzen Artikel ziehen sich Krankengeschichten aus des Autors reicher Erfahrung, die in ihrer Ausführlichkeit die betreffenden Punkte gut illustriren.

M.'s Artikel gleicht vielen ähnlichen Arbeiten, er ist sehr ausführlich, sehr vollständig, giebt ein treffliches Resumé aller modernen Theorien und Ideen, aller feststehenden Thatsachen, seine pathologischen Ausführungen sind höchst correct, seine therapeutischen Regeln sind im Einklang mit denen der erfahrensten Aerzte, kurz das ganze über jeder Kritik, aber — es bringt nichts Neues.

LEFFERTS.

81) **H. M. Smith. Diphtherie und membranöser Croup. (Diphtheria and membraneous croup.)** *Indiana Med. Journ. April 1893.*

Verf. hält die beiden Affectionen für verschiedene Krankheiten. Die Diphtherie ist ihm eine specifische Erkrankung, bedingt durch einen Microben. Der membranöse Croup ist die Folge einer Entzündung der Trachealschleimhaut. Bei der Diphtherie kommt es darauf an, das Allgemeinsystem zu kräftigen und zu stimuliren; für den Croup dagegen ist eine deprimirende Therapie geboten. Der Tod erfolgt beim Croup durch Asphyxie, bei der Diphtherie dagegen durch Herzschwäche. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **J. P. Butler. Zwei Fälle von maligner Diphtherie. (Two cases of malignant disease.)** *Med. and Surg. Reporter. 22. April 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **A. Muggia** (Turin). **Ein Fall von chronischer Pharynxdiphtherie. (Un caso di difterite cronica della faringe.)** *Arch. it. di Pediatria. März 1893.*

Beschreibung eines Falles von 2monatlicher Dauer, mit schweren Erscheinungen und postdiphtherischen Lähmungen; schliessliche Heilung. TOTI.

84) **Rooney. Embolie nach Diphtherie. (Embolism following diphtheria.)** *Phil. Med. News. 29. April 1893.*

R. berichtet über den Fall eines 7jährigen Mädchens, das unter günstigen hygienischen Bedingungen lebte und bei dem sich eine Diphtherie entwickelte drei Tage nach dem Tode eines Bruders, der nach 5tägiger Krankheit an Diphtherie gestorben war. Die Erkrankung des Mädchens war schwer, es bestand Albuminurie, doch vom 12. Tage an begann eine langsame Reconvalescenz. Drei Tage später stiess das Kind, ohne dass vorher irgend ein Symptom auf eine Verschlechterung aufmerksam gemacht hätte, einen ächzenden, erstickten Schrei aus und schien zu sterben; es griff mit beiden Händen nach der Herzgegend, athmete röchelnd, während die Haut blass und kalt wurde und sich mit reichlichem Schweiss bedeckte. Nach einer kurzen Zeit trat eine Besserung ein, allein das Kind fuhr fort, über Schmerzen in der Nabelgegend und über Kälte und Taubsein in beiden Beinen zu klagen. Mittelst heisser Aufschläge und Stimulantien wurde die Wärme und das Gefühl im rechten Bein wieder hergestellt, ebenso im linken Bein bis zum Knie; vom Knie ab aber blieb das Glied kalt und blutleer, wie eingetrocknet. Die Herzaction war sehr beschleunigt, doch regelmässig, sehr schwach; die Temperatur leicht unter der Norm. Die Pat. klagte über intensiven Schmerz in den Zehen des linken Fusses, das Bein war flectirt und konnte der Schmerzen wegen nicht gestreckt werden. Man stellte die Diagnose auf Embolie der linken Arteria poplitea und man beschloss, die Bildung einer Demarcationslinie abzuwarten. Es trat ein Decubitus ein und das Kind magerte stark ab, so dass man sich schliesslich entschloss, das Bein ohne weiteren Verzug zu amputiren. Man fürchtete, dass der Tod während der Operation eintreten könnte, allein dieselbe verlief glücklich und das Kind ist jetzt ganz geheilt. Bei der Untersuchung des amputirten Gliedes fand sich ein 1 $^1/_4$ Zoll langer Embolus in der Art. poplitea an der Stelle ihrer Theilung in Tibialis anterior und posterior.

LEFFERTS.

85) **J. W. Hays. Eine erfolgreiche Tracheotomie wegen diphtheritischen Croups, gefolgt von Intubation, bei einem 23 Monate alten Kind. (A successful tracheotomy for diphtheritic croup, followed by intubation, in a child 23 months old.)** *Lancet-Clinic. 29. April 1893.*

Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem Alter des Patienten; von Kindern unter 2 Jahren sind nur sehr wenige Heilungen durch Tracheotomie berichtet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **Sziklai** (Ungarn). **Croup und Diphtheritis.** *Wiener medicin. Presse. 1893. No. 9.*

In Rücksicht auf Fiedler's Artikel erklärt Sz., dass Pilocarpinum mur. nur bei Croup nütze, wo die Membranen oberflächlich aufgelagert sind. Bei Diphtherie verwendet er Cyan-Quecksilber local, 1 $^0/_{00}$ Sublimatlösung als Gurgelwasser und Pinselsaft; damit hatte er 62 $^0/_0$ Heilung, ja in intelligenten Familien keinen Todesfall. (Sehr merkwürdig.) CHIARI.

87) **A. A. Dye. Diphtherie und verwandte Krankheiten. (Diphtheria and allied diseases.)** *Kansas City Med. Record. März 1893.*

Was die Behandlung anlangt, so hält D. dieselbe jetzt nicht für erfolgreicher, als sie es in früheren Jahren war. Vor 25 Jahren gab man im ersten Stadium der Diphtherie Calomel und Chinin und ein Gurgelwasser von Chlorkali und Tct. ferri chlorat. In dem adynamischen Stadium hielt man sich an Stimulantien und gute Ernährung. Auch heute gilt dies noch als eine gute Therapie.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Escherich** (Graz). **Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 7, 8, 9 u. 10.*

E. fordert zunächst den Nachweis des Löffler'schen Bacillus zur Feststellung der Diagnose, wenn eine Statistik brauchbar sein soll. Dann betont er den Nutzen und die Nothwendigkeit einer localen Therapie, da die Erkrankung immer zuerst localisirt ist, bespricht die einzelnen bisher üblichen localtherapeutischen Massregeln und die Bedenken dagegen und betont, dass es ihm gelang, durch locale Application von Desinficientien die im Rachen befindlichen Diphtheriebacillen zum Verschwinden zu bringen. Der Nachweis dafür wurde durch Impfungen des Rachensecretes vor und nach der Desinfection geliefert. Die Desinfection gelang manchmal durch Einblasungen von zerstäubter Flüssigkeit mit dem Giffard'schen Injector, gewöhnlich aber nur durch energisches Auswischen mit Schwämmchen, die mit 1 $^0/_{00}$ Sublimatlösung getränkt waren. Diese Procedur wurde mit je 5 Schwämmchen 1 bis 3 Mal täglich vorgenommen und ausserdem 8 bis 16 Mal eingestäubt. Endlich wurde mit Kalkwasser ausgegurgelt (wenn möglich).

Die Erfolge Esch's. waren sehr gute und fordern zur Nachahmung auf. Als Lösung wurde gewöhnlich Sublimat 1:2000 bis 1:500 angewendet, gegen welches die Kinder wenig empfindlich sind. Viele interessante Ausführungen, Kritiken, Literaturstudien und die casuistischen Beobachtungen müssen im Originale nachgelesen werden. CHIARI.

89) **E. J. Doering. Pyoktanin bei Diphtherie. (Pyoktanin in diphtherie.)** *Chicago Med. Recorder. April 1893.*

Das Pyoktanin stellt ein sehr werthvolles Heilmittel für die Behandlung der Diphtherie und der anderen infectiösen Halserkrankungen dar. D. verwendet es local in einer Lösung von 3 bis $6\,^0/_0$, indem er 2 bis 4 Mal am Tage den Hals damit ausreibt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **X. X. Pyoktanin gegen Diphtherie.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 16.*

Empfehlung der $1-10\,^0/_0$ Pyoktaninlösung, die mit Wattepinsel unter leichtem Druck eingerieben wird nach Erfahrungen von Jaenicke und Taube.

LANDGRAF.

91) **J. M. Batten. Die Behandlung der Diphtheritis. (The treatment of diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 15. April 1893.*

B. giebt Calomel. Er hält dies Mittel für wirksamer beim sogen. pseudomembranösen Croup und bei der milderen Form der Rachendiphtherie, bei der die Membranen weiss und nicht dick sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **W. E. Putnam. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *N Y. Med. Record. 15. April 1893.*

P. benutzt einen Spray von starkem Wasserstoffsuperoxyd, dem Sublimat 1 auf 1000 zugesetzt ist. Er hält sich für berechtigt, wenn Andere 0,03 Sublimat pro die innerlich geben, 0,06 täglich mittelst seines Zerstäubers einzuverleiben, da er annimmt, dass das Kind $^9/_{10}$ davon wieder auswirft. Ausserdem benutzt P. einen kleinen Oelofen, eine Art Theekessel mit einem 3 Fuss langen Aermel. In den Theekessel thut er Terpenthin und Kalkwasser, ein Suppenlöffel voll Oel auf etwa 500 Aq. calcis; die Dämpfe werden dem Kind zugeführt, dessen Mund 6—8 Zoll von dem Ende des Aermels entfernt steht. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

93) **John Macintyre** (Glasgow). **Die Mm. hyo-epiglottici Vier gewöhnlich nicht beschriebene Kehlkopfmuskeln. (Hyo-epiglottidean muscles. Four muscles of the larynx not usually described.)** Nach einer privat gedruckten Beschreibung des Verfassers. 1893.

Als Mm. hyo-epiglottici beschreibt M. zwei Muskelpaare, die oberhalb des Kehlkopfs von der hinteren Fläche des Zungenbeins nach hinten und unten zur dorsalen Fläche der Epiglottis ziehen. Zwei derselben sind median, zwei lateral gelegen. Sie stellen dünne, abgeplattete Muskelbündel dar, die in einer Masse von Fettgewebe liegen, und von der Schleimhaut bedeckt sind, welche sich von der Zunge zur Epiglottis erstreckt. Ihre Ausbildung ist eine verschiedene; in keinem von 37 untersuchten Präparaten beim Menschen war sie so deutlich, wie in dem beim diesjährigen Meeting der Brit. Med. Ass. demonstrirten und in der

Beschreibung des Verfassers abgebildeten Präparat. Dies mag die Thatsache erklären, dass ihrer Existenz in keinem der bekanntesten Lehrbücher der Anatomie gedacht wird. Luschka und vor ihm Morgagni erwähnen das mediane Paar, kein Autor gedenkt des lateralen. Bei verschiedenen Säugethieren (Pferd, Schaf, Kuh) lässt sich das mediane Paar leicht demonstriren; das laterale aber war niemals bei ihnen zu finden. Macintyre betrachtet diese Muskeln als Elevatoren, resp. Antagonisten der vier Depressoren der Epiglottis. SEMON.

94) **J. F. Hill. Papillom des Stimmbands. (Papilloma of the vocal cord.)** *Memphis Med. Monthly. März 1893.*

Krankengeschichte des Falles; der Tumor wurde mit der Zange entfernt.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **Massei** (Neapel). **Phasen, Wesen und Behandlung der Kehlkopfpapillome. (Fasi, natura e terapia dei papillomi laringei.)** *Atti del 1. Congr. di Laringologia. Fir. 1893.*

1) Das Larynxpapillom ist, wenigstens vom klinischen Standpunkte aus, mehr als eine echte Geschwulst, denn als eine entzündliche Neubildung aufzufassen. Als solche stellt es eine Rückbildungsphase dar, die höchst günstig ist für das Gelingen therapeutischer Maassnahmen.

2) Auskratzung und Ichthyolbehandlung sind wohl die besten bis jetzt angewandten Heilmittel.

3) Lassen diese Mittel im Stiche, oder ist wegen der Stenose eine Behandlung per vias naturales unmöglich, so muss man sofort zur Tracheotomie schreiten.

4) Laryngofissur und Laryngectomie sind wegen der nahen und entfernten damit verbundenen Gefahren nicht anzurathen.

5) Bei Stenose verursachenden Papillomen ist die Tracheotomie ein vortreffliches Mittel nicht nur zur palliativen, sondern auch zur radicalen Behandlung. TOTI.

96) **A. W. Mc Coy. Seltene Formen von Kehlkopfgeschwülsten. (Rare forms of laryngeal growths.)** *N. Y Medical Journal. 4. Februar 1893.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, ein Myxom und ein Fibrom.
LEFFERTS.

97) **H. L. Swain. Ein Fall von Kehlkopftumor. (A case of tumor of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 4. März 1893.*

Der einzig bemerkenswerthe Punkt an dem Falle liegt in der Grösse der Geschwulst (eines Fibromyxoms). LEFFERTS.

98) **J. W. Bond** (London). **Partialexstirpation des Kehlkopfs wegen Chondromyxoms. (Case of partial excision of larynx for chondromyxoma.)** *British Med. Journal. May 6. 1893.*

Dieser am 28. April 1893 der Clinical Society of London demonstrirte Fall,

dessen Beschreibung im British Medical Journal von zwei vorzüglichen Abbildungen begleitet ist, ist von ganz ausserordentlichem Interesse für den Laryngologen, einmal wegen der Seltenheit dieser Geschwulstform im Kehlkopf, sodann wegen der enormen Grösse der Neubildung, drittens wegen des vortrefflichen Resultats der Operation, und endlich wegen der ganz wunderbar guten Stimme, die mittelst eines künstlichen Kehlkopfs ohne Zunge erzielt wurde.

Der Patient (welcher demonstrirt wurde) war ein 44jähriger Mann, bei dem zuerst im Jahre 1889 Abductorparese des rechten Stimmbandes ohne nachweisbare Ursache beobachtet wurde. Als ihn Bond im August 1891 wiedersah, war die Inspiration stridulös und die Stimme äusserst heiser. Laryngoscopisch sah man eine Geschwulstmasse, die sich bei Sondenberührung als hart erwies, im Innern des Kehlkopfs, welche augenscheinlich vom subglottischen Raume ausging, und bereits den hinteren Theil des linken Stimmbandes bedeckte. Auch nach aussen und hinten vom rechten Giessbeckenknorpel zeigte sich eine grosse Schwellung, bedeckt von ödematöser Schleimhaut, welche den genannten Knorpel nach vorn und innen verdrängte. Ende August 1891 fühlte sich der hintere und untere Theil der rechten Schildknorpelplatte härter und prominirender an als der entsprechende Theil der linken Seite. Ein Theil der Geschwulst wurde intralaryngeal entfernt und erwies sich als ein Myxochondrom. Im October 1891 wurde dem Patienten gerathen, eine exploratorische Operation vornehmen zu lassen, welcher, wenn sich dies erforderlich zeigte, sofort die Exstirpation des Kehlkopfs folgen sollte. Der Patient lehnte dies ab. Im Februar 1892 wurde die Dyspnoe so schwer, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Am 30. September 1892 wurde endlich die Geschwulst und mit ihr der grösste Theil des Kehlkopfs entfernt. Zunächst wurde eine verticale Incision in den Kehlkopf gemacht, wobei es sich zeigte, dass die Geschwulst bereits vorn die Membrana crico-thyreoidea perforirt hatte. Die Seitenplatten des Schildknorpels waren durch den Druck der Geschwulst verdünnt, und das ganze Kehlkopflumen vollständig durch eine grosse harte Masse ausgefüllt, welche von der Vorderfläche der Ringknorpelplatte ausgegangen war. Es wurde nunmehr beschlossen, den Ringknorpel mit der Geschwulst, die beiden Giessbeckenknorpel und den unteren Theil der Vorderfläche des Schildknorpels zu entfernen. Die Schleimhaut des Kehlkopfs und die Stimmbänder, welche über der Geschwulst ausgespannt waren, wurden ebenfalls entfernt, und auch die beiden Recurrentes durchschnitten. (Weshalb die letztgenannten Schritte nothwendig waren, ist in dem Bericht nicht gesagt. Ref.) Die Epiglottis und ein Theil des Schildknorpels wurden zurückgelassen. Die entfernte Neubildung wog nahezu 45 g (!) und mass im verticalen und queren Durchmesser etwa 4 cm (!). Der Patient genas schnell; die Wunde heilte theilweise per primam. Am 9. October, 9 Tage nach der Operation, hatte er nach Entfernung der Röhre, durch welche er bis dahin ernährt worden war, keine Schwierigkeiten, eine Cotelette zu essen. Ein silberner, künstlicher Kehlkopf ohne Zunge wurde, nachdem andere Versuche nicht befriedigend ausgefallen waren, schliesslich von Mayer und Meltzer (71 Great Portland St., London) hergestellt und von dem Patienten selbst später verbessert. Der Patient erfreut sich jetzt der besten Gesundheit und hatte seit der Operation bedeutend an Ge-

wicht zugenommen. Seine Stimme ist monoton und etwas belegt, aber durchaus deutlich, so dass er im Stande ist, seinen Geschäften nachzugehen. Die Phonation scheint mittelst zweier Schleimfalten zu Stande kommen, welche sich unterhalb der Epiglottis von vorn nach hinten erstrecken, wenn ein Luftstrom von unten gegen sie angetrieben wird. Ein Recidiv ist nicht erfolgt.

Der Operateur ist zu diesem schönen Erfolg wohl zu beglückwünschen,

SEMON.

99) **F. Egidi** (Rom). **Larynxepitheliom. (Epitelioma della laringe.)** *Boll. delle Mal. dell'Orecchio. 1893. No. 1.*

Beschreibung des klinischen Verlaufs und der pathologischen Veränderungen im Kehlkopfe. Wegen der grossen Ausdehnung, der Drüseninfiltration etc. wurde auf die Radicaloperation verzichtet, und die palliative Tracheotomie gemacht. Der Kranke starb bald nach der Operation infolge von unstillbarer Blutung aus der Trachealschleimhaut.

TOTI.

100) **D. Newman** (Glasgow). **Vorstellung eines bisher recidivfreien Patienten, dem ein kleines Epitheliom aus dem Kehlkopfinnern am 13. Februar 1891 mittelst Thyreotomie entfernt worden ist. (Patient from whom a small intrinsic epithelioma of the larynx had been removed by thyrotomy on 13. Februar 1891 with as yet no recurrence.)** *Glasgow Med. Journ. 1893.*

Vorstellung am 7. April 1893.

P. MC. BRIDE.

101) **Walker Downie** (Glasgow). **Epitheliom des linken Stimmbandes entfernt mittelst Laryngotomie. (Epithelioma of left vocal cord removed by laryngotomy.)** *Glasgow Med. Journal. Mai u. Juni 1893.*

Das afficirte Stimmband wurde nach vorheriger Tracheotomie und Durchtrennung des Ring- und Schildknorpels mit der Scheere abgetragen.

Clark, Workman und Newman besprachen den Fall, ohne dass die Discussion etwas besonderes zu Tage förderte.

P. MC. BRIDE.

102) **Lardy** u. **Photiades** (Constantinopel). **Beitrag zur Chirurgie der Athmungswege. (Contribution à l'étude des voies respiratoires.)** *Revue méd. suisse romande. No. 1. 1893.*

1) Cancroid des linken Stimmbandes bei 49jährigem Mann. Nach zweijähriger Heiserkeit ein erbsengrosses Geschwülstchen am vorderen Drittel des Stimmbandes von Ph. entdeckt und zur raschen Operation geführt. Exstirpation sammt dem ganzen Stimmbande und Galvanokaustik der Basis des letzteren am 6. Juni 1890. Gänzliche Heilung nach einem Monat. Mitte October 1892 noch vollkommene Gesundheit des Kehlkopfs. Sprache deutlich. — Ein zweiter, ganz ähnlicher Fall von Stimmbandkrebs, der zu gleicher Zeit wie der erstere in Beobachtung der Verf. kam, aber sich nicht operiren lassen wollte, ging, nachdem 3 Monate später eine Nothtracheotomie hatte gemacht werden müssen, als s. charakteristische Parallele nach langen furchtbaren Qualen zu Grunde.

2) Theilweise Zerstörung der knorpligen Trachea, Verengerung der Luftröhre in ihrer ganzen Länge; Plastik der Trachea. Heilung.

Die Zerstörung der Luftröhre. bei dem sonst gesunden Orientalen von 23 J., war auf ganz unergründliche Weise, ohne Syphilis, Tuberkulose etc. zu Stande gekommen, hatte schon lange vorher stattgefunden und war zur Zeit der Operation und vorher schon im Stillstand. Das Lumen des untern Theils des Larynx und des obern Theils der Trachea war mit Granulationswucherungen ausgefüllt. Pat. trug seit langem eine Trachealkanüle. — Da Patient keine Anamnese angeben konnte, obschon er nicht unintelligent war und nicht einmal weiss, warum er tracheotomirt worden war, so ist es wohl nicht unwahrscheinlich, dass eine Diphtheritis in den Kinderjahren die ursächliche Krankheit gewesen war, welche namentlich die Zerstörung der Trachealwand gut erklären würde (Ref.). — Nach Spaltung des Kehlkopfs und Ausräumung der Luftröhre, temporärer Einlegung eines Trachealrohres aus Kautschuk, wurde mittelst Hautplastik und einem von der rechten Clavicula hergenommenen Periostallappen für die vordere Wand, eine künstliche Luftröhre hergestellt. Patient muss jetzt noch durch Dr. Photiades fleissig intubirt werden, athmet aber wieder ohne Canüle ganz ordentlich, spricht mit ziemlich normaler Stimme und ist vollkommen arbeitsfähig. Gewiss ein schönes Resultat, wohl ein Unicum dieser Art und des langjährigen ersten Assistenten eines Grossmeisters der Chirurgie, wie Kocher in Bern, würdig.

Die plastischen Massnahmen sind durch Zeichnungen veranschaulicht und der interessante Bericht muss im Original nachgelesen werden. JONQUIÈRE.

103) **Sabrazes. Primäres Carcinom des Sinus pyriformis einen Fremdkörper im Kehlkopf vortäuschend. (Carcinome primitif du sinus pyriforme simulant un corps etranger du larynx.)** *Journal de médecine de Bordeaux. 2. April 1893.*

Demonstration der mikroskopischen Präparate. E. J. MOURE.

104) **Socin (Basel). Geheiltes Larynxcarcinom.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 5. 1893. p. 179.*

Primäres Carcinomen des rechten Taschenbandes und Aryknorpelwulstes. Secundärer Lymphdrüsentumor. 21. März 92. Gründliche Exstirpation des letzteren und der ganzen rechten Kehlkopfhälfte; sehr gut vertragen. 1. April 92. Vollständige Heilung. Kein Recidiv. JONQUIÈRE.

105) **W. J. Chappell. Ein Fall von Ausstülpung der Ventrikel des Larynx nebst einer neuen Behandlungsmethode. (A case of eversion of the ventricles of the larynx with a new method of treatment.)** *N. Y. Med. Record. 7. Januar 1893.*

Der Verf. beschreibt das Instrument, das guillotinenartig wirkt und in den Schrötter'schen Handgriff passt; ein beigegebenes Bild macht die Anwendung desselben anschaulich.

Nachdem Verf. die Theile mit dem Cocainspray behandelt hatte, führte er das Instrument unter die evertirten Ventrikel und entfernte erst auf der einen, dann auf der andern Seite die vorgefallenen Schleimhautpartien, sofort nach der Operation war die Athmung bedeutend leichter; auch die Heiserkeit besserte sich

und nach Verlauf eines Monats wurde Pat. entlassen, anscheinend auf dem Wege **guter Besserung. Sechs Monate später wurde sie jedoch wieder in das Spital** gebracht im höchsten Grade kurzathmig; es blieb keine Zeit zur Untersuchung, man schritt sofort zur Tracheotomie, doch starb die Pat., bevor die Operation vollendet war. Die Section ergab eine grosse Geschwulstmasse, die das rechte Stimmband bedeckte, dabei allgemeine Verdickung der umgebenden Gewebe; die mikroskopische Untersuchung ergab Krebs. LEFFERTS.

106) **Störk** (Wien). **Laryngofissur, Exstirpation und plastischer Ersatz des rechten Stimmbandes. Heilung.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 15.*

Störk machte die Tracheotomie, Gersuny die Laryngofissur: G. excidirte das Stimmband, löste das Taschenband theilweise ab, zog es nach unten und vernähte es, so dass es einen Ersatz für das entfernte Stimmband bildete und einen guten Glottisschluss ermöglichte, obwohl es sich selbst nicht bewegte. Aber die Glottis war dadurch enger. Die Stimme war 10 Tage nach der Operation recht laut und ziemlich klar und blieb so auch später. CHIARI.

107) **Pieniazek** (Krakau). **Ueber die Laryngofissur auf Grundlage eigener Erfahrung.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 36. Bd. 3. 4. 1893.*

P. stellt 46 Fälle (an 41 Kranken) von Laryngofissur zusammen, welche er meist selbst (37 mal) ausführte, theils (9 mal) Collegen an seinen Patienten ausführen sah. Er hält die Laryngofissur erst dann für indicirt, wenn man von endolaryngealen Eingriffen sich nicht viel versprechen kann, oder wo dieselben eine zu lange Zeit in Anspruch nehmen müssten oder wo sie mit irgend einer Gefahr verbunden sein könnten.

Die speciellen Indicationen in den Fällen P.'s bildeten: gutartige Neubildungen, hyperplastische Processe der Kehlkopfschleimhaut mit Verengerung des Lumens, Narben nach verheilten Geschwüren oder Veränderungen, Traumen, im Kehlkopf eingekeilte Fremdkörper, Carcinome des Kehlkopfes, Tuberkulose, Perichondritis mit Stenose. SEIFERT.

108) **J. Wolff** (Berlin). **Ueber Verbesserungen am künstlichen Kehlkopf nebst Vorstellung eines Falles von totaler Kehlkopfexstirpation.** *Arch. f. klin. Chir. 45. Bd. 2. Heft. 1893.*

Ein 41 jähriger Mann, bei welchem vor 8 Monaten die totale Exstirpation des Kehlkopfes vorgenommen war, trägt einen künstlichen Kehlkopf, in welchen weder Schleim noch Speichel eindringen kann, dessen Zunge und Inspirationsventil auch bei stunden- und tagelangem Gebrauch des Apparates nicht versagen. Das Ventil lässt bei der Inspiration ein hinreichendes Luftquantum einströmen. Der Pat. kann sich stundenlang hintereinander laut unterhalten und vermag mit beliebig verschiedener Tonhöhe zu sprechen und demgemäss auch laut und rein zu singen. Ueber die Art der von Wolff angebrachten Verbesserungen muss man sich am Original orientiren. SEIFERT.

109) **Ch. Perier** (Paris). **Ueber einen Fall von totaler Kehlkopfexstirpation ohne vorangehende Tracheotomie, mit künstlicher Wiederherstellung der Pho-**

nation. (Sur un cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, avec rétablissement artificiel de la phonation.) Séance du 18. juillet 1898 de l'académie de médecine de Paris.

Es ist dies der zweite Fall, in dem P. seine Operationsmethode angewandt hat.

Es handelte sich um einen 62 Jahre alten Mann mit einem Larynxepitheliom, bei dem die ersten Symptome vor mehr als 2 Jahren erschienen waren; die ursprünglich bloss auf dem rechten Stimmbande entwickelte Geschwulst hatte jetzt auch das linke ergriffen und bereits eine bedenkliche Kehlkopfstenose verursacht.

Am 12. Juni wurde Patient unter Chloroformnarcose nach der P.'schen Methode operirt. Wir lassen hierüber die Beschreibung des Verfassers wörtlich folgen:

„Nachdem Pat. tief eingeschlafen und der Hals wohl ausgestreckt worden ist, werden zwei Schnitte von einem Sternocleido-mastoideus zum anderen, der erste unmittelbar unter dem Zungenbein, der zweite eine Fingerbreite unter dem Ringknorpel geführt. Beide Schnitte werden durch einen dritten senkrechten in ihren Mittelpunkten vereinigt. Es kommt dadurch zur Bildung zweier trapezoider Lappen, die links und rechts nach Art von zwei Fensterladen zurückgeschlagen werden, indem dicht am laryngotrachealen Gerippe mit dem Raspatorium operirt wird. Nachdem man mit der Blutstillung fertig ist (deren hauptsächlichste Aufgabe in der Ligatur der beiden Hälften des durchschnittenen Isthmus der Schilddrüse besteht) wird eine Fadenschlinge in die Wand der Luftröhre beiderseits eingelegt zu dem Zweck, sie nach dem Durchschneiden fassen zu können; dann wird eine kannelirte Sonde hinter die Luftröhre (zwischen ihrem ersten Ringe und den Oesophagus) geschoben, auf welcher die Trachea mittelst eines Bistouris mit einem Mal durchgeschnitten wird. Sofort wird sie nun mittelst der vorher eingeführten Schnüre nach vorn und oben gezogen. Man führt dann in ihre Höhle eine ihrem Durchmesser dicht entsprechende konische Kanüle ein, welche an ihrer auswendigen Oberfläche zwei kleine Haken trägt, an denen die schon erwähnten Schnüre so befestigt werden, dass Kanüle und Luftröhre ein einziges Rohr bilden, in das die Aussenluft mittelst einer breiten Kautschukröhre leicht eindringen kann. Durch diese Röhre nun wird die Chloroformirung in aller Bequemlichkeit aus einiger Entfernung vom Operationsfelde her fortgesetzt. Auf diese Weise kann die Operation ruhig zu Ende gebracht werden, ohne dass weiter die Gefahr des Eindringens von Blut in die Luftwege besteht.

Die übrigen Schritte der Operation sind überhaupt ziemlich einfach: Mittelst einer Hakenzange wird der Kehlkopf in seinem unteren Ende ergriffen, dann nach oben und vorn gezogen, während die Ansätze der unteren Pharynxconstrictoren, dann die grossen Hörner des Schildknorpels an ihrer Basis durchschnitten werden. Endlich wird die Trennung des Kehlkopfs dadurch ergänzt, dass man die Rachenschleimhaut um die obere Oeffnung dieses Organs herum durchschneidet. Was die Epiglottis anbelangt, so kann, falls sie gesund befunden wird, ihr oberer Theil verschont bleiben. (Was bei dem hier erwähnten Patienten auch geschah.)

Nach vollständiger Abtrennung des Kehlkopfs kommt eine weite Wunde

zum Vorschein, deren Hintergrund von der vorderen Wand des Pharynx und deren seitliche Wände von der tiefen Fläche der musculo-cutanen Lappen gebildet werden. Nach unten sieht man die Oeffnung der Trachea und nach oben die Oeffnung, mittelst welcher der Larynx mit dem Pharynx in Verbindung steht. Die pharyngeale Oeffnung wird dann so mit den Rändern des oberen queren Schnittes zusammengenäht, dass kaum die Spitze des Zeigefingers in dieselbe eingeführt werden kann. Links und rechts von der so erhaltenen Oeffnung werden die Ränder dieses Schnittes mit einander zusammen genäht. Unterhalb der pharyngealen Oeffnung näht man die entsprechenden Ränder der lateralen Lappen auf der Mittellinie zusammen.

Es bleibt dann nur übrig, die Kanüle zu entfernen und die Luftröhre mit den Rändern des unteren queren Schnittes zusammen zu nähen.

Jetzt ist die Operation fertig und es bleiben auf der vorderen Fläche des Halses zwei Oeffnungen: eine untere, die unentbehrlich ist für die Möglichkeit des Athmens und eine obere für die weitere Wiederherstellung der Stimme mittelst künstlichen Kehlkopfs bestimmt.

Die Wunde wird mit Salolpulver bestreut und mit Salolwatte bedeckt. Mit derselben Watte wird die pharyngeale Oeffnung tamponirt. Ueber die tracheale Oeffnung wird Gaze gelegt."

Dies die bei dem oben erwähnten Patienten angewandte Behandlungsmethode. Mit Ausnahme einiger Schwierigkeiten in der Nacht, die der Operation folgte und während welcher bedrohliche Erscheinungen von Syncope sowie von Asphyxie in Folge von Obstruction der Kanüle durch Schleim auftraten, waren die Folgen der Operation sehr einfache: die Temperatur überstieg nicht 38,8 (5. Tag) und blieb an den folgenden Tagen unter 38.

Am 2. Tage konnte Patient, während man die pharyngeale Oeffnung mit dem Finger verstopfte, Milch und Champagner per buccam geniessen.

Am 20. Juni (9. Tag) wurden die Nähte weggenommen und Pat. war bereits im Stande, den grössten Theil des Tages ausserhalb des Bettes zuzubringen.

Dank einem von Herrn Aubry erfundenen künstlichen Kehlkopf ist es Pat. möglich, sich mit einer zwar monotonen aber klaren Stimme verständlich zu machen. Dieser Apparat besteht aus einer Röhre, welche in eine sphärische Fläche endigt, die man dicht an die pharyngeale Oeffnung anlegen kann.

In dieser Röhre ist eine metallische Zunge (anche) enthalten, welche Pat. nicht mittelst seiner in ihrer Stärke ungenügenden Athmungsluft, sondern mittelst einer doppelten dem des Thermokauters ähnlichen Ballons in Schwingungen setzen kann.

Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst erwies, dass es sich in diesem Fall um ein Epithelioma pavimentosum lobulatum handelte. LUC.

110) **Addeo Toti. Ueber Tachycardie nach Kehlkopfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 4.*

30 Stunden nach einer totalen Kehlkopfexstirpation trat Tachycardie ein (160—180 Pulse) und 24 Stunden später der Tod. T. wendet sich gegen den Versuch Störks, die Tachycardie aus Verletzung eines Ramus cardiacus aus dem Laryngeus superior zu erklären. LANDGRAF.

111) **Priestley Leech** (Halifax). **Stenose der Trachea nach der Tracheotomie. (Stenosis of the trachea after tracheotomy.)** *Lancet. 3. Juni 1893.*

Ein 9jähriges Kind wurde mit ausgesprochenem Stridor in das Spital gebracht; es wurde angegeben, dass es ein Stück Nussschale verschluckt habe. Man machte die Tracheotomie und danach die Thyrotomie, fand jedoch keinen Fremdkörper. Der Verf. theilt den Fall mit wegen der Stenose, die sich infolge des Tragens einer Metallcanüle entwickelte. Das Kind wurde ganz wohl entlassen, starb aber einige Zeit danach ganz plötzlich; wie man annimmt, erfolgte der Tod durch Recidiviren der Stenose; doch scheint eine Section nicht stattgefunden zu haben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

112) **E. Sklowski** (Kiew). **Zur Casuistik der chronischen Stenosen der Trachea bei Kindern. (K kasuistik chronitschesvawo ssuschenia dihatelnawo gorla u detei.)** *Wratsch. 1893. No. 15.*

Ein 9 Jahre alter Knabe hatte vor 2 Jahren Diphtheritis gehabt und litt jetzt seit einiger Zeit an Dyspnoe, die sich langsam steigerte. Die Untersuchung ergab eine ringförmige Verengerung in der Tiefe des Kehlkopfs. Patient erlag dem Typhus.

Section. An der hinteren Ansatzstelle der Taschenbänder beginnt eine Narbe, die sich längst der hinteren Kehlkopfwand nach unten und vorn zieht und in der Höhe des Ringknorpels eine ringförmige Verengerung bildet.

Verf. meint, die überstandene Diphtheritis sei die Ursache dieser Narbe gewesen.

LUNIN.

113) **W. P. Montgomery** (Manchester). **Ein Fall von subcutaner Zerreissung der Trachea. (A case of subcutaneous laceration of the trachea)** *Medical Chronicle. Mai 1893.*

Es wurde ein 6jähriger Knabe in das Krankenhaus gebracht, der einen Schlag vorn am Halse erhalten hatte. Im Verlaufe von ein paar Stunden trat ein allgemeines und ausgebreitetes Emphysem bei demselben auf. Man machte eine ausgiebige Incision in der Mittellinie und fand dabei eine kleine unregelmässige Oeffnung zwischen dem 2. und 3. Ring der Trachea. Es wurde eine Canüle eingelegt und die äussere Wunde offen gelassen, worauf das Emphysem schnell verschwand.

MACKENZIE-JOHNSTON.

114) **T. Grainger Stewart** (Edinburgh). **Zur Behandlung der Bronchiectasie (On the treatment of bronchiectasis.)** *British Medical Journal. 3. Juni 1893.*

Bei der Behandlung dieses Leidens fand S. wirksamer als jedes andere Mittel die zweimal täglich wiederholte intralaryngeale Injection von einer Lösung von Menthol 10, Guajacol 2 und Ol. Olivar. 88 Theilen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

f. Schilddrüse.

115) **Gustav Naumann. Ueber den Kropf und dessen Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Kurzes Referat.

LANDGRAF.

116) **P. Bruns. Struma tuberculosa.** *Beitr. z. klin. Chir.* **X.** *1893.*

Primäre Tuberkulose der Schilddrüse in Form einer voluminösen Struma, die wegen Compression der Trachea die Exstirpation erforderte, und deren klinische Erscheinungen dem Bilde einer malignen Struma sehr ähnlich waren, zumal gar keine anderweitigen tuberkulösen Affectionen sich nachweisen liessen.

Die vorher weiche, wenig umfängliche Struma des sonst gesunden Patienten wurde in einer Seitenhälfte derb, etwas höckrig und wuchs rasch, während zugleich Schmerzen in der Geschwulst und Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen hinzutrat.

Baumgarten, der die Struma untersuchte, fand in ihr das histologische Bild verkäsender Riesenzellentuberkel. Die Schilddrüsentuberkulose kann miliare Tuberkelknötchen oder grössere Tuberknoten und Käseherde aufweisen, verläuft chronisch und kann durch die Vergrösserung der Thyreoidea bedrohliche Erscheinungen machen. A. ROSENBERG.

117) **Heinrich Braun** (Leipzig). **Zur Genese und Diagnose der isolirten endothoracalen Kropfgeschwülste.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Br. erörtert obige Fragen im Anschluss an einen von ihm beobachteten sehr interessanten Fall, in welchem er die glückliche Operation eines endothoracalen mit dem rechten Schilddrüsenlappen zusammenhängenden Kropfes gemacht hat.

LANDGRAF.

118) **Edmund Meyer. Ein Fall von Struma mit Drehung und Compression der Trachea und Durchbruch in dieselbe.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. No. 11.*

Ein 52jähriger Mann, der von Jugend auf einen dicken Hals hatte, bekam seit etwa Jahresfrist Athemnoth, später Husten und blutigen Auswurf. Die Untersuchung ergab das Bestehen einer Struma. Die Trachea ist unterhalb des Larynx nach links gedrängt und um ihre Achse gedreht. Ein bohnengrosser Tumor sitzt an der rechten Trachealwand. Verf. hält diesen Tumor für eine in die Trachea hineingewucherte Struma. LANDGRAF.

119) **Ewald** (Wien). **Zwei Fälle von Kropfmetastase.** Sitzung der Gesellsch. d. Aerzte in Wien am 18. Juni 1898. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 25.*

Ein Jahr nach Exstirpation eines Kropfknotens bildete sich ein Tumor der Scapula, der sich als Colloidkropf mit Umwandlung in Carcinom erwies.

Der 2. Fall betraf einen Tumor des Jochbogens, der sich ebenfalls als Schilddrüsengewebe mit Uebergang in Carcinom darstellte. In der Schilddrüse fand sich ein hühnereigrosser Gallertkropfknoten, der exstirpirt werden soll.

CHIARI.

120) **E. Nazaries. Die Jodbehandlung des Kropfes. (The iodine treatment of goitre.)** *N. Y. Med. Journ. 20. Mai 1893.*

Nachdem Verf. das Jod lange bereits bei der Behandlung des Kropfes verwandt hat, hat er jetzt durch eine besondere Methode der Anwendung weit grösseren Erfolg. Er löst 4,5—5,0 g Jodkalium und 20—30 Tropfen Jodtinctur in 150 destillirtem Wasser. Ein Löffel voll (ob Thee- ob Esslöffel, wird nicht deut-

lich) von dieser Lösung wird in einer grösseren Menge Wasser verdünnt und dieses im Laufe des Tages, während und nach dem Essen, getrunken. Der Verf. besteht vor allem auf dem fortgesetzten Gebrauch des Mittels. LEFFERTS.

121) **L. H. Laidley. Bronchocele; Thyroidectomie. (Bronchocele. Thyroidectomy.)** *Med. Fortnightly. 1. Mai 1893.*

Bericht über einen Fall von Enucleation einer Bronchocele. Einen Monat nach der Operation zeigte der Halsumfang eine Abnahme von 2 ¼ Zoll; die Herzaction war erheblich gebessert, die Athmung normal.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **Kocher** (Bern). **3 Kropfoperationen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 4. 1893. p. 153.*

K. hebt hier hervor, dass in letzter Zeit wegen oft zu schonender Operationen viel häufiger Recidive vorkommen. JONQUIÈRE.

123) **Sulzer** (Münsterlingen). **Bericht über 200 Kropfoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Endresultate.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 36. Bd. 3. u. 4. H. 1893.*

Die in der Zeit von 1868—1892 im Cantonspital Münsterlingen ausgeführten Kropfoperationen stammen zum Theil noch aus der vorantiseptischen Zeit. Unter diesen sind 14 atypische Operationen, welche Eröffnung von vereiterten Cysten, Incisionen bei Strumitis suppurativa, Auslöffelungen und Evidements von Kropffisteln, verkalkten Strumaresten u. s. w. betreffen. Von den 186 nach typischer Methode operirten sind 10 Pat. im Spital gestorben, 12 später an accidentellen Krankheiten oder an Recidiven (bei Struma maligna) zu Grunde gegangen, bei 27 war die gegenwärtige Adresse nicht zu erfahren, erst 1892 sind operirt und deshalb keine Nachuntersuchung: 14, schriftlichen Bericht erhielt S. von 28 Fällen (resp. ärztlichen Bericht) und persönlich hat S. 25 Fälle untersucht. Unter 144 Strumektomien bei gutartigem Kropf war kein Todesfall.

Bei einem Pat. mit Totalexstirpation zeigte sich einige Jahre nach der Operation das Bild ausgesprochener Cachexia strumipriva, deren Symptome später mit der Bildung eines Recidivs vollständig zurückgingen. SEIFERT.

124) **Julius Wolff. Mittheilungen zur Kropfexstirpation.** *Deutsche medicinische Wochenschr. 1893. No. 11.*

Von ausschliesslich chirurgischem Interesse. LANDGRAF.

125) **Felix Semon** (London). **Krebs der Schilddrüse mit äusserst ungewöhnlichem Verlauf. (Malignant disease of the thyroid gland with most unusual course.)** *Brit. Med. Journ. June 17. 1893.*

In diesem am 13. Juni 1893 vor der Royal Medico- und Chirurgical Society berichteten Fall, den der Autor selbst als den ausserordentlichsten bezeichnet, der ihm in seiner Praxis vorgekommen sei, handelte es sich um Folgendes:

Er wurde im Jahre 1891 von einer 52jährigen unverheiratheten Dame consultirt, welche an Dyspnoe und gelegentlicher Hämoptysis litt, welche Symptome

nach dem Glauben des behandelnden Arztes durch den Druck eines harten Kropfes auf die rechte Seite der Trachea bedingt waren. Eine harte Schilddrüsengeschwulst von mässiger Grösse war an der bezeichneten Stelle zu finden; bei laryngoscopischer Untersuchung aber zeigte sich ein grosser ulcerirender Tumor in der Trachea selbst und zwar nahezu bis zum Niveau des linken Stimmbands heraufreichend, welcher unter den Augen des Beobachters zu bluten begann. Da eine Radikaloperation ausgeschlossen war, wurde die Tracheotomie vorgenommen, und nach einem merkwürdigen Anfall von Irregularität der Herzaction, Temperaturerhöhung, Expectoration braun-rother zäher Massen und heftigen Glottiskrämpfen, welche eine Woche nach der Operation auftrat, erholte sich die Patientin von der letzteren.

Zehn Monate später war sie bedeutend abgemagert, sonst aber erstaunlich wohl und die intratracheale Geschwulst war so vollständig verschwunden, dass zwei andere bekannte Aerzte Entfernung des Kropfes anriethen, welcher, wie sie meinten, nur von aussen auf die Luftröhre drückte, damit die Patientin das Tragen der Tracheotomiecanüle aufgeben könnte. Diese Operation, die von Sir William Mac Cormac ausgeführt wurde, konnte nicht beendet werden, da es sich herausstellte, dass das Centrum des Kropfes krebsig degenerirt und in die Trachea durchgewachsen war. Die Patientin erholte sich wiederum von dieser Explorativoperation und lebte noch ein ganzes Jahr nachher, starb dann aber an intratrachealer Blutung und Erstickung.

Die Autopsie erklärte den ungewöhnlichen Verlauf des Falles. Es fand sich nämlich ausser einer grossen, einigermassen gestielten Ausdehnung des äusseren Tumors in die Luftröhre ein zweiter kleinerer ulcerirter Tumor oberhalb dieser grösseren Geschwulst, der an einem fadendünnen mehr als 1 cm langen Stiel in die Trachea hinabhing, und durch ein grösseres Intervall vollständig normaler Schleimhaut von der oberen Grenze des Stiels der grösseren Geschwulst getrennt war. (Das Präparat wurde demonstrirt.) Wäre diese kleinere Geschwulst an der Insertionsstelle ihres Stiels weggulcerirt, so würde de facto keine Spur ihrer Existenz zurückgeblieben sein. Eine ähnliche Erklärung gilt ohne Zweifel für das Verschwinden des grösseren Tumors, der urspünglich intra vitam beobachtet wurde. — Die Geschwulst erwies sich bei microscopischer Untersuchung als ein Encephaloid-Carcinom.

Die Punkte, welche der Vortragende besonders accentuirte, waren:

1. Das temporäre vollständige Verschwinden des intratrachealen Abschnitts der Geschwulst;
2. Der eigenthümliche Anfall, welcher nach der Vornahme der Tracheotomie beobachtet wurde und der aller Wahrscheinlichkeit nach durch Reizung des rechten Vagus bedingt war;
3. Die Thatsache, dass bösartige Schilddrüsengeschwülste, wenn sie in die Trachea perforiren, eine Tendenz zu haben scheinen, gestielt zu werden, eine Thatsache, welche durch einen anderen von dem Vortragenden beobachteten Fall (vgl. Centralblatt V., p. 123) weiter illustrirt wurde.

Eine Discussion fand nicht statt, da, wie der Präsident (Sir Andrew

Clark) bemerkte, der Fall so eigenthümlich sei, dass wohl kaum einer der Anwesenden über ähnliche Erfahrung zu berichten hätte.

Die Lektüre im Original dürfte empfohlen werden, da der vorstehende kurze Auszug kaum einen vollständigen Begriff von dem Verlaufe und den spannenden Ereignissen dieses merkwürdigen Falles geben kann. Autoreferat.

126) **Marcus** (Wien). **Das Wesen und die Behandlung der Basedow'schen Krankheit.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 19, 20, 21 u. 22.*

Nichts Neues. CHIARI.

127) **Nothnagel** (Wien). **Ueber Morbus Basedowii.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1893. No. 30 u. 31.*

Klinische Vorlesung, die nichts Neues enthält. CHIARI.

g. Oesophagus.

128) **Hochsinger** (Wien). **Ueber Sondenfütterung saugschwacher und dysphagischer Kinder.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1893. No. 30, 31, 32, 33 u. 34.*

H. wendete die von H. Neumann empfohlene Gavage in 4 Fällen an und zwar mit dem besten Erfolge, so dass das Leben dieser Kinder nur durch die Gavage gerettet wurde. Die Unfähigkeit zu saugen tritt ein bei Frühgeburten, schwachen Kindern, Soor, Stomatitis und Nasenverstopfung. Die Dysphagie ist bedingt durch Schlundlähmung als selbstständige Erkrankung oder durch Schwäche oder durch Diphtherie, ja selbst in seltenen Fällen durch Soor. In allen diesen Fällen ist die Eingiessung von sterilisirter Milch durch einen Nélatoncatheter mit Hülfe eines Trichters 3 mal täglich angezeigt. Einzelheiten müssen im Orig. nachgelesen werden. CHIARI.

129) **C. E. Harrison** (London). **Ein Fall von Ruptur des Oesophagus. (A case of rupture of the oesophagus.)** *Lancet. 8. April 1893. Philad. Med. News. 13. Mai 1893.*

Bericht über einen Fall, in dem der Oesophagus während eines heftigen Brechactes rupturirte. Es fand sich ein kleiner Krebsknoten am Pylorus.

MACKENZIE-JOHNSTON.

130) **W. Wangrodski. Oesophagotomia eines Fremdkörpers wegen. (Esophogotomia pri inorodnom tele.)** *Med. obosr. 1893. No. 7.*

Entfernt wurde ein Knochenstück von 25 mm Länge und 18 mm Breite. Vernähen der theils necrotischen Speiseröhre mit der äusseren Haut; Septicämie, Tod. LUNIN.

131) **Thiele** (Berlin). **Ueber Verbrennungen des Mundes, Schlundes, der Speiseröhre und des Magens.** *Veröffentl. aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Heft 6. 1893.*

Der Verf. bespricht zuerst die Verbrennungen durch Flamme, durch heisse Substanzen und durch ätzende Körper, woran sich Bemerkungen über die patho-

logisch-anatomischen Veränderungen und über die Symptome der Verbrennungen, sowie über die Ursachen des Todes in Folge derselben anschliessen. Bei den Todesarten unterscheidet er 3 Formen, den nach ganz kurzer Zeit, den innerhalb der ersten 3 Tage und den später erfolgenden Tod. Das Capitel der Behandlung der acuten Symptome der Verbrennungen ist kurz gefasst, während die Behandlung der Folgezustände, namentlich der Speiseröhrenverengerungen, in extenso besprochen wird. SEIFERT.

132) **A. J. Baker. Ein Fall von Oesophagusstrictur von 50jähriger Dauer, mittelst Electrolyse erfolgreich behandelt. (Case of stricture of the oesophagus of 50 years standing, successfully treated by electrolysis.)** *Denver Med. Times. Mai 1893.*

Der 67jährige Pat. war ganz auf flüssige oder doch sehr fein zerkaute Nahrung angewiesen; die Strictur war durch Aetzung verursacht. Nach der Electrolyse trat sofortige Besserung ein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **Hans Krüger. Ueber die retrograde Dilatation der Oesophagusstricturen.** *Münchner med. Wochenschr. No. 12. 1893.*

Die Methode, von einer Magenfistel aus die Stenose des Oesophagus zu erweitern, ist bisher nur 11 mal geübt worden. Verf. hat einen Fall nach dieser Methode behandelt; es gelang zwar die Stenose, bedingt durch Carcinom, zu erweitern, allein der Kranke starb doch bald. Die an den Fall geknüpften Bemerkungen über die Gastrostomie müssen im Original gelesen werden.

SCHECH.

134) **Openshaw** (London) **Gastrostomie wegen unwegsamer Oesophagusstrictur. (Gastrostomy for impassable oesophageal stricture.)** *British Medical Journal. May 6 1893.*

Demonstration des Pat. am 12. April 1893 vor der Hunterian Society. Der Titel giebt die Natur des Falles wieder. Weitere Details fehlen. SEMON.

135) **Frank** (Wien). **Eine neue Methode der Gastrotomie bei Carcinoma oesophagi.** *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 13.*

F. empfiehlt die Methode Witzel's, welche darin besteht, eine Kuppe des freigelegten Magens unter einer Hautbrücke nach oben zu ziehen, einzunähen und zu eröffnen. So bildet sich eine automatisch schliessende Magenfistel, um welche herum ein Eczem auftritt, weil eben kein Mageninhalt den langen Fistelgang passirt. Näheres ist im Orig. nachzulesen. CHIARI

136) **C. E. Jones. Ein Fall von Encephaloidcarcinom des Rachens und der Speiseröhre. (A case of encephaloid carcinoma of the pharynx and oesophagus.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. April 1893.*

Der Fall ist durch folgende Eigenthümlichkeiten ganz besonders ausgezeichnet:

1. Die besondere Art des Carcinoms und sein Vorkommen an dieser Stelle; es handelte sich um eine primäre Erkrankung im Rachen. Cornil und Ranvier sagen: „das Carcinom kommt sehr selten als primärer Tumor im Rachen vor;

im Oesophagus entsteht es unserer Meinung nach überhaupt nie als primäre Geschwulst."

2. Die Rachenwand war den Cervicalwirbeln nicht adhärent.

3. Das Vorkommen in einem so frühen Alter (die Patientin war eine 28jährige Frau).

4. Der Larynx war nicht ergriffen; auch fehlten alle Symptome von Seiten des Larynx. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **Fauser** (Stuttgart). **Ein Fall von Speiseröhrenkrebs.** *Medicin. Corr.-Bl. d. württemb. ärztl. Landesvereins. 12. 1893.*

Ein in der Höhe der Bifurcation der Trachea sitzendes Cancroid der Speiseröhre war nach der Trachea durchgebrochen. SEIFERT.

138) **Hammann** (Simmern). **Ueber Strictur des Oesophagus bei Magencarcinom.** Dissertation. Würzburg 1893.

Fall von Scirrhus cardiae mit Strictur des Oesophagus. SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. October 1893.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon (Vice-Präsident).

Die Sitzung war der Demonstration von Präparaten von Kehlkopfkrebs, sowie einer Discussion über die Indicationen der Radicalbehandlung dieses Leidens gewidmet.

Zunächst zeigte Mr. Butlin folgende Präparate:

1. Recidiv eines auf das Innere des Kehlkopfs beschränkten Epithelioms, welches durch die Tracheotomiewunde und um dieselbe herum gewuchert war. Der Patient war ein 43jähriger Mann. Thyreotomie drei Monate vor dem Tode; äusserst schnelles Recidiv; zur Zeit des Todes war der ganze Kehlkopf wiederum von Geschwulstmassen ausgefüllt.

2. Ein Kehlkopf, aus dem ein Epitheliom entfernt worden war. Der Patient war ein 60jähriger Mann. Um die Tracheotomiewunde herum hatte sich eine grosse Abscesshöhle entwickelt.

3. Epitheliom bei einem 56jährigen Manne, der seit einigen Monaten an Symptomen von Obstruction gelitten hatte, und bei dem der Erstickungstod so plötzlich erfolgte, dass er auf dem Wege nach dem Hospital starb.

4. Die Theile, die mittelst der Thyreotomie aus dem Kehlkopf eines 50jähr. Mannes entfernt worden waren. Es handelte sich um ein Epitheliom, das zwei

Jahre früher in anscheinend papillomatöser Form sich am linken Stimmbande entwickelt hatte.

5. Ein Epitheliom, das auch die äusseren Theile des Kehlkopfs ergriffen hatte, von einem 40jährigen Manne. Dyspnoe und Dysphagie waren seit mehreren Monaten vorhanden gewesen; der Tod erfolgte an einem plötzlichen Erstickungsanfall, obwohl die Tracheotomie vorgenommen worden war.

6. Epitheliom des ganzen Kehlkopfs von einem 45jährigen Manne, der zwei Tage nach der Aufnahme ins Hospital starb.

7. Epitheliom des ganzen Kehlkopfs. Altes Museumspräparat.

Dr. F. de Havilland Hall zeigte ein Präparat (No. 1784) aus dem Museum des Westminster Hospital, welches den Kehlkopf eines 56jährigen Patienten repräsentirt. Die rechte Hälfte des Kehlkopfs war der Sitz eines ausgedehnten, unregelmässigen, epitheliomatösen Tumors, der sich bereits über die Mittellinie erstreckte und den vorderen Theil des linken Stimmbands afficirte. Bemerkenswerth in dem Falle war, dass der Entwicklung der Geschwulst eine 20jährige Heiserkeit vorhergegangen war. Bereits 1884 hatte Dr. de Havilland Hall chronische Laryngitis constatirt, und diese Diagnose war im folgenden Jahre von Dr. Felix Semon bestätigt worden. Im August 1886 war der Patient vollständig aphonisch, und hatte Schlingbeschwerden; zu jener Zeit war die rechte arytaeno-epiglottische Falte geschwollen und verbarg das rechte Stimmband. Auch die äussere rechte Hälfte des Kehlkopfs war geschwollen. Unter Jodkali erfolgte, obwohl keine Zeichen von Syphilis vorhanden waren, bedeutende Verbesserung; nichtsdestoweniger wurde nach dem Auftreten eines Erstickungsanfalls dem Patienten die Tracheotomie angerathen, von dem Kranken aber verweigert. Drei Monate später wurde er todt in seinem Schlafzimmer gefunden, augenscheinlich in Folge eines erneuten Anfalls von Kehlkopfkrampf.

Dr. Felix Semon zeigte folgende Präparate:

1. Die am 3. Mai 1887 wegen Epitheliom des linken Morgagni'schen Ventrikels von Prof. Eugen Hahn entfernte linke Kehlkopfhälfte des bekannten im vorigen Jahre verstorbenen englischen Richters, Mr. Montagu Williams (vgl. Centralblatt, Vol. III, p. 454). Der Patient erholte sich vollständig von der Operation, gewann seine Stimme in so erstaunlichem Grade wieder, dass er fast volle sechs Jahre nach der Operation ein richterliches Amt in London bekleiden konnte, und starb schliesslich im Beginn des Jahres 1892 an einem Herzleiden, welches mit der früheren Kehlkopfkrankheit in absolut keinem Zusammenhange stand.

2. Die rechte Hälfte eines am 1. November 1887 von Sir William Mac Cormac wegen infiltrirendenEdnothelioms theilweise entfernten Kehlkopfs. Der Patient war 57 Jahre alt. Der Fall ist im Centralblatt, Vol. V, p. 122, beschrieben worden. Es ist der zweite der dort mitgetheilten Fälle.

3. Die Präparate eines Falles von Kehlkopfepitheliom, in welchem die Symptome secundärer Perichondritis während des Lebens lange Zeit das Grundleiden maskirt hatten, und in dem fast das ganze Knorpelgerüst des Kehlkopfs intra vitam expectorirt worden war. Der Fall ist im Centralblatt, Vol. VI, p. 259 und 260 ausführlich mitgetheilt worden.

4. Das Präparat von dem in der Sammelforschung des Centralblatts (Vol. VI, p. 211) in vollem Detail mitgetheilten Falle (Semon-Barclay Baron) von dem Uebergange eines ursprünglichen gutartigen Papilloms in ein Epitheliom.

5. Zwei Präparate von dem von Semon und Shattock unter dem Titel: „Anomaler Tumor des Kehlkopfs" beschriebenen Falle, in welchem eine ursprünglich für ein Angiom der linken arytaeno-epiglottischen Falte gehaltene Kehlkopfgeschwulst sich zunächst anscheinend als ein von einem Blutgerinnsel eingeschlossenes Papillom, später als ein Carcinom erwies (vgl. Centralblatt, Vol. VII, pp. 296 und 317).

6. Ein Präparat, welches mittelst partieller Kehlkopfexstirpation aus dem Kehlkopf eines 50jährigen Herrn entfernt worden war, der von Dr. Kendal Franks (Dublin) an Dr. Semon gewiesen worden war, und der seit mehreren Jahren an einer sonderbar geformten, unregelmässigen Verdickung des linken Stimmbandes gelitten hatte, deren Natur lange Zeit hindurch zweifelhaft gewesen war. Sie glich zwei, mit den dicken Enden auf einander gestellten Keulen, und war theilweise durchscheinend. Die Diagnose schwankte längere Zeit zwischen fibro-cystischer Degeneration des Stimmbandes, Fibrom und Krebs. Im Beginn des Jahres 1891 vollzog sich nach längerem vollständigen Stillstand im Wachsthum plötzlich eine rapide Veränderung in dem Aussehen der Geschwulst, und als der Berichterstatter den Patienten im Frühjahr jenes Jahres sah, hatte eine allgemeine Infiltration der linken Kehlkopfhälfte stattgefunden. Partielle Kehlkopfexstirpation wurde vorgeschlagen und fand die Zustimmung des Patienten unter der einzigen Bedingung, dass nicht Chloroform, sondern Aether zur Verwendung kommen sollte, da er vermeintlich an Herzschwäche litt. Auf den Rath eines Freundes entschloss sich der Berichterstatter Aether per Rectum zu geben; leider aber bewährte sich diese Methode im vorliegenden Falle ganz und gar nicht. Es verging mehr als eine halbe Stunde, ehe der Pat. genügend unter dem Einfluss des Anätheticums war, um die Operation beginnen zu können; grosse Quantitäten Aethers mussten zur Verwendung kommen, und als die Operation beendet war, sah der Pat. sehr verfallen und anämisch aus und sein Puls war äusserst irregulär. Gegen Ende der Operation expectorirte er auch beträchtliche Quantitäten flüssigen, wässerigen Blutes, dessen Aussehen total verschieden war von der Expectoration, wie man sie bisweilen in Fällen sieht, in welchen kein vollkommener Abschluss der Trachea erzielt worden ist. Diese Expectoration hielt auch nach dem Ende der Operation an und 3 Stunden nach derselben erfolgten reichliche blutige Entleerungen aus dem Rectum, welche dem Aussehen nach vollständig identisch mit dem bronchialen Auswurf waren, und nur additionell einen horriblen Geruch verbreiteten. Wenige Stunden nach der Operation begann die Temperatur anzusteigen, es erfolgte profuse Transpiration und der Pat. verfiel allmählich in Coma, das immer tiefer wurde. Unter Fortdauer der bronchialen und rectalen Entleerungen, zunehmendem Coma und Ansteigen der Temperatur auf 41,5°, starb der Pat. 24 Stunden nach der Operation. Bei der Obduction fand sich intensive Congestion mit vielfachen freien Hämorrhagieen auf die Oberfläche fast im ganzen Intestinalcanal und in den Bronchialschleimhäuten, und es konnte kein Zweifel darüber vorliegen, dass der Tod dem Aether

zur Last zu legen war. — Der Berichterstatter fügte hinzu, dass Nichts als Pflichtgefühl ihn hätte veranlassen können, einen so traurigen Fall zu berichten, der vielleicht künftigen Operateuren zur Warnung dienen dürfte. Der Fall soll später in extenso veröffentlicht werden.

7 u. 8. Die beiden letzten Präparate illustriren die Tendenz infiltrirender, bösartiger Geschwülste der Schilddrüse, gestielt zu werden, wenn sie in die grossen Luftwege durchbrechen. Das erste stammt von einem 39jährigen Manne und ist ein cylindro-celluläres Carcinom. Es ist im Centralblatt (Vol. V., p. 122, Fall 3) ausführlich beschrieben. — Im zweiten Falle handelte es sich um ein Epitheliom der Schilddrüse, welches wiederholt von einander isolirte, gestielte Fortsätze in die Trachea aussandte. Der ungemein interessante Fall ist in dieser Nummer des Centralblatts referirt (Vgl. Ref. 125).

Discussion, mit specieller Beziehung auf den gegenwärtigen Stand der Frage der Radicaloperation bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten.

Mr. Butlin erklärte, dass er hauptsächlich 3 Fragen zu besprechen wünsche; nämlich:

1. Die Umstände, unter denen bösartige Geschwülste des Kehlkopfes radical entfernt werden sollten,

2. die Form der Operation,

3. die Nachbehandlung operirter Patienten.

Bezüglich des ersten Punktes habe er demjenigen, was er bei früheren Gelegenheiten auseinandergesetzt habe, wenig hinzuzufügen, und wünsche nur zu wiederholen, dass die zur Operation geeigneten Fälle diejenigen seien, in welchen der Krebs im Inneren des Kehlkopfes selbst entspringe („Intrinsic“-Carcinoma), und noch auf das Innere des Kehlkopfes selbst beschränkt, wenig umfangreich und uncomplicirt sei, und besonders, in welchen er in den vorderen Abschnitten des Kehlkopfes seinen Ursprung nehme.

Auch hinsichtlich des zweiten Punktes habe er wenig Neues zu bringen. Je mehr Erfahrungen hinsichtlich der operativen Behandlung des Kehlkopfes er gemacht habe, umsomehr habe sich in ihm die Ueberzeugung ausgebildet, dass Entfernung des ganzen Kehlkopfes oder eines grossen Theiles des Organes nur selten von so guten Resultaten gefolgt sei, dass durch dieselben die Operation gerechtfertigt würde. Die besten Resultate hätten sich ergeben und würden wohl auch in Zukunft folgen in solchen Fällen, in welchen einfache Thyreotomie mit ausgiebiger Entfernung der Weichtheile des Kehlkopfes vorgenommen würde. Er könne auf einen Fall zurückblicken, in welchem der Patient noch mehr als 5 Jahre nach einer derartigen Operation gesund und frei von Recidiven sei (Präparate von diesem Fall wurden mikroskopisch demonstrirt) und auf einen anderen Fall, in welchem ein ähnliches günstiges Resultat gegenwärtig, 4 Jahre nach der Operation andauere. Im Vergleich mit Operationen, die einer ausgedehnten krebsigen Erkrankung wegen, oder behufs Entfernung eines Krebses, der die äusseren Theile des Kehlkopfes befallen habe, vorgenommen worden seien, wären solche Thyreotomieen verhältnissmässig frei von Gefahr. Von vielen

Fällen letzterer Art habe er nur einen Fall verloren, von wenigen der ersteren Klasse zwei.

Mehr habe er dagegen über die Frage der Nachbehandlung zu sagen, da er dieser Frage besondere Aufmerksamkeit geschenkt, und während der letzten drei Jahre genau die Grundsätze befolgt habe, denen er bei Gelegenheit des letzten internationalen Congresses in Berlin Ausdruck verliehen habe. Er entferne gegenwärtig die Hahn'sche Canüle sofort nach Beendigung der Operation. Er mache keinen Versuch, die Wunde zu schliessen, führe keine andere Tracheotomiecanüle ein, und tamponire das Innere des Kehlkopfs selbst nicht. Aber er stäube die Oberfläche des Organs mit Jodoform ein und erneuere diese Application häufig, was leicht zu bewirken sei. Er habe nämlich bei der Beobachtung dieser Fälle gefunden, dass während des Schlingakts die beiden Hälften des gespaltenen Kehlkopfs so weit auseinanderklafften, dass leicht die Spalte des Insufflationsrohres zwischen ihnen eingeführt werden, und das Pulver direkt auf die Wundoberfläche geblasen werden könne. Er betrachte diesen Punkt als äusserst wichtig; er habe eine grosse Meinung von Jodoform bei Wunden der Mundhöhle und des Kehlkopfs, doch äussere sich der Erfolg des Mittels nur, wenn dasselbe thatsächlich die Oberfläche der Wunde erreiche, und dies sei schwer zu erzielen, wenn das Pulver vom Munde aus eingeblasen würde. Er bedecke ferner die ganze äussere Wunde mit Jodoformgaze, welche so oft gewechselt werde als nothwendig sei und dies wäre bisweilen 15—20 mal während des Tages der Fall. Statt den Patienten in sitzender Stellung im Bette zu erhalten, nähme er vielmehr alle Kissen mit Ausnahme eines einzigen fort, so dass der Kopf niedrig liege, während der Patient sich gleichzeitig in Seitenlage befinde; auf diese Weise geschähe Alles was möglich sei, um zu verhindern, dass das Wundsecret in die Bronchien hinunter abflösse. Endlich füttere er die Kranken während der ersten paar Tage hauptsächlich mittelst ernährender Klystiere; doch ermuntere er sie gewöhnlich am zweiten Tage nach der Operation zu einem Versuch, Flüssigkeiten vom Munde aus zu geniessen. Er probire zuerst Wasser, und der Patient müsse behufs des Trinkens aufsitzen, und sich wohl nach vorn oder über den Rand des Bettes neigen, damit etwaige in den Kehlkopf gelangte Flüssigkeit sofort aus der Wunde austrete und nicht tiefer gelange. Falls es dem Patienten gelingt, Wasser zu trinken, ohne dass ein Theil desselben in den Kehlkopf eindringt, so werden ähnliche Versuche mit Beef tea, Milch etc. und bald darauf mit weichen Speisen gemacht. Seitdem er diese Massregeln in Anwendung ziehe, habe er nicht einen einzigen Fall von Thyreotomie verloren, und er glaube fest, dass sein Erfolg in letzter Zeit der besseren Methode zu verdanken sei, welche er bei der Nachbehandlung seiner Kranken in Anwendung gezogen habe.

Mr. Creswell Baber machte einige Bemerkungen über Perichondritis des Kehlkopfs unabhängig von der krebsigen Form dieses Leidens.

Dr. Felix Semon bemerkte zunächst in Beantwortung einer an ihn von Mr. Baber gerichteten Frage, dass er durchaus nicht die Möglichkeit einer primären Perichondritis des Kehlkopfs in Abrede stelle; dass er Fälle dieser Art aber jedenfalls für Ereignisse von äusserster Seltenheit hielte. Er selbst habe niemals einen solchen Fall gesehen. Die geringe Vascularisation des Perichon-

driums mache das Vorkommen einer primären Entzündung dieses Gewebes a priori zu einem sehr unwahrscheinlichen Ereigniss, und in allen seinen eigenen Fällen habe sich entweder zur Zeit des Auftretens der Entzündung oder später eine traumatische oder sonstige tiefere Grundursache für dieselbe herausgestellt.

Was die Indicationen und die Technik der Radikaloperation, wie sie von Mr. Butlin auseinander gesetzt worden sind, anbeträfe, so stimme er mit Ausnahme einiger Details Allem zu, was Mr. Butlin gesagt habe. (In einem seiner Fälle, in welchem der Kehlkopf nicht tamponirt worden war, stellte sich nach der Heilung eine ziemlich beträchtliche Stenose des Kehlkopfs heraus.) Was er immer wieder besonders zu betonen wünsche, sei die Nothwendigkeit, frühzeitig zu einer Entscheidung über die Natur der Kehlkopfneubildung zu kommen und frühzeitig zu operiren. Die Aussichten seien dann unendlich viel besser, als wenn die Operation zu lange verschoben werde. Seiner Erfahrung nach sei die Anzahl der Fälle, die sich zur Radikaloperation eignen, im Ganzen gering im Verhältniss zur Gesammtzahl der gesehenen Fälle. Er habe gegenwärtig gerade hundert Fälle von bösartiger Erkrankung des Kehlkopfs in seiner Privatpraxis gesehen, und habe nur in zehn Procent derselben sich berechtigt gefühlt, eine Radikaloperation, wie die partielle Kehlkopfexstirpation oder die Thyreotomie anzurathen. Die letztgenannte Operation sei natürlich keine sehr gefährliche, doch könne er nicht so weit gehen, wie es einige continentale Chirurgen thäten, und die Gefahren der Operation vollständig in Abrede stellen, oder wenigstens unterschätzen. Gegen septische Pneumonie gäbe grosse Vorsicht vielleicht bis zu einem gewissen Grade einen Schutz, doch bilde das Auftreten von Coma mit Temperaturerhöhung, wie dies in zweien seiner Fälle erfolgt sei, ohne dass die Obduction einen Aufschluss über den Grund dieser Phänomene gegeben habe, sicherlich ein sehr ernstes Moment, das stets in Erwägung gezogen werden sollte, wenn die Prognose der Operation besprochen werde. — In seinen eigenen Fällen sei die Operation in genau 50 pCt. erfolgreich gewesen, d. h. in fünf derselben hätten die Patienten in guter Gesundheit und ohne Recidiv die Operation für Perioden überlebt, die gegenwärtig von $1^1/_4$ bis zu $6^3/_4$ Jahren reichen. Von den übrig bleibenden fünf Fällen wäre es in dreien denkbar, dass eine frühere, und daher weniger umfangreiche Operation den tödtlichen Ausgang abgewandt haben möchte; in den beiden übrig bleibenden Fällen aber war die Todesursache nicht aufzufinden. Die Methoden der Operation, deren er sich bei seinen Fällen bedient habe, seien: 1. Partielle Kehlkopfexstirpation; 2. Pharyngotomia subhyoidea; 3. Thyreotomie mit und ohne Resection von Theilen des Knorpelgerüsts. Die Aussichten wären selbstverständlich um so besser, je mehr die Operation auf die Weichtheile beschränkt werden könne. Er betonte daher noch einmal dringend, wie wünschenswerth es sei, frühzeitig die Diagnose zu stellen und zu operiren.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, Februar. 1894. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, Parotis etc.

1) **Redactionelle Notiz. Tracheologie — eine neue Specialität. (Tracheology — a new speciality.)** *N. Y. Med. Record. 6. Mai 1893.*

Carl Beck hat die neue Specialität abgetrennt und er sagt darüber: „Ich sehe keinen Grund, warum dieses Gebiet nicht ebenso für sich rangiren soll wie z. B. das Rectum, dem grössere Bedeutung oder ein höheres wissenschaftliches Interesse gewiss nicht zukommen. Die eine Thatsache ist doch sicher unbestreitbar, dass unter allen Regionen des Körpers die genannte, trotz ihrer geringen Ausdehnung, die grösste Zahl und die meisten Varietäten aller Arten von Tumoren zeigt." Ausser dem Sarcom, dem Carcinom, der Syphilis, den Gummata und Drüsenschwellungen, der Tuberculose erwähnt Beck das hyperplastische, das leukämische und das maligne Lymphom, das Lymphangiom, Lymphosarcom, Fibrosarcom, Fibrom, Enchondrom, Osteom, Steatom, Neurom, Lipom, die Struma, das Myxom, Atherom, Aneurysma, das einfache Angiom, die monoloculäre und die multiloculäre Cyste, die Luftcyste, die seröse Cyste (Hydrocele colli), die tiefe Dermoidcyste, die Blutcyste (Hämatocele colli), die Synovialcyste (Hygrom der Regio thyreoidea), den Echinococcus colli; schliesslich die Tumoren bei der Leukämie und Pseudoleukämie.

Unter den verschiedenen Arten von Abscessen zählt Beck die idiopathischen, die phlegmonösen, die prävisceralen, die retrovisceralen, die retropharyngealen und die retrooesophagealen auf.

Ferner kommen Verletzungen, dann nervöse, Muskel- und Knochenerkrankungen vor: Ohne Zweifel ein ausreichendes Material, um eine Specialität zu begründen, die sich vielleicht bald zu einer „Gesellschaft Amerikanischer Tracheologen" mit Jahresversammlung, Verhandlungsbericht und eigenem Journal ausdehnt.

LEFFERTS.

2) **Tsachyrogloas** (Smyrna). **Ohrenkrankheiten nach Parotitisepidemien.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 10. 1893.*

Der Titel besagt Alles. SCHECH.

3) **Stubenrauch** (München). **Ueber einen Fall von tuberculöser Parotitis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1893.*

Der Fall betraf einen Tumor, der zuerst als gewöhnliche Speichelcyste angesehen worden war und der sich bei der mikroskopischen Untersuchuug als primäre Tuberculose der Parotis erwies. SCHECH.

4) **G. F. Shears. Maligne Tumoren der Ohrspeicheldrüse. (Malignant tumors of the parotis.)** *Clinique (Chicago). Vol. XIV. p. 125.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **Hale White** (London). **Mediastinaltumor mit Perforation in den Oesophagus und die Aorta. (Mediastinal growth opening the oesophagus and aorta.)** *British Med. Journal. May 6. 1893.*

Demonstration des Präparates vor der Pathological Society of London am 2. Mai 1893. Der Tod war plötzlich mit Bluterbrechen erfolgt. Die Neubildung war ihrer Natur nach ein Rundzellensarkom. Perforation der Aorta ist ein seltenes Ereigniss unter solchen Umständen. SEMON.

6) **Mourek** (Prag). **Ueber Nucleininjection bei Lupus.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 35 u. 36.*

Bei 10 Fällen von Lupus der Haut erzielte M. mit 7 bis 29 Injectionen von je 2 bis 60 mg nebst Fieberwirkung, eine stärkere Nachbildung von Leukocyten und eine Steigerung der chronischen lokalen Entzündunggsprocesse. Dadurch wurde oft eine lokale Besserung erzielt. CHIARI.

7) **Leop. Ewer** (Berlin). **Die Schleimhautmassage.** *Therapeut. Monatsh. 1893. März.*

Ewer sah einen „eclatanten“ Erfolg von der mittelst seines „Concussors“ ausgeführten Massage bei „Erkrankungen des retronasalen Raums, des Kehlkopfes, der Ohren, der Augen.“ — An dem Endstück der beweglichen Spirale der zahnärztlichen Bohrmaschine ist ein breiter Ring befestigt, der an seinem oberen Rande einen dünnen, mit Schraubengewinde versehenen federnden Stift trägt; auf diesen lassen sich alle Sonden leicht schrauben. Mittelst dieses Apparates kann man 700 bis fast 3000 Schwingungen in der Minute machen.

A. ROSENBERG.

8) **Harald Holm** (Christiania). **Die Anatomie und Pathologie des dorsalen Vaguskerns. — Ein Beitrag zur Lehre der Respirations- und Hustenreflexcentra, ihrer Entwicklung und Degeneration.** *Virch. Arch. CXXXI. Heft 1.*

Die an Schnittserien der Medulla todtgeborener menschlicher Früchte, von Säuglingen, jungen Kaninchen, Katzen, Hunden, Hühnern gemachten Beobachtungen sowie die Untersuchung der Medulla erwachsener gesunder und geisteskranker Menschen ergaben ihm folgende anatomische Resultate:

1. Der dorsale Vaguskern wird in der Regel am spätesten von allen Kernen der Medulla oblong. entwickelt.
2. Er steht in directer nervöser Verbindung mit dem solitären Bündel.
3. Die Anwesenheit einer als Vaguskern bisher noch unbekannten grossen Ganglienzellengruppe, von welcher ungefähr die Hälfte der Vagusfasern entspringt;
4. die Nervenfasern dieser Gruppe (Raphefasern des Vagus) verlaufen ungefähr auf dieselbe Weise, wie das bekannte Facialisknie.
5. Der N. glossopharyng. hat gleich dem Trigeminus ausser einer aufsteigenden sensitiven Wurzel auch eine absteigende motorische.

Die physiologischen Resultate sind folgende:

1. Das Centrum für den Tracheobronchialreflex muss in der dorso-lateralen Partie des dorsalen Vaguskerns, des Kerns kleiner Ganglienzellen gesucht werden.
2. Das Respirationscentrum besteht ausschliesslich in der ventro-medialen Partie des dorsalen Vaguskerns, des Kerns grosszelliger Gruppe.

Daneben haben die beiden Centra vielleicht auch eine andere physiologische Bedeutung.

A. ROSENBERG.

9) **J. Gad** (Berlin). **Ueber das Athmungscentrum in der Medulla oblongata.** Verhdl. d. Berl. physiolog. Gesellsch. vom 28. Oct. 1892.

Auf Grund eigner, sowie aus Marinescu's Beobachtungen resp. Experimenten kommt Gad zu folgenden Schlüssen:

Die spinalen Athemmuskelcentren sind repräsentirt durch segmental angeordnete Nervenzellen der grauen Vordersäulen; sie besitzen keine besondere Empfindlichkeit für den Blutreiz und sie werden nicht durch spinale Verknüpfungen zu zweckmässiger Synergie coordinirt.

Die absteigenden Bahnen, durch welche die spinalen Athemmuskelcentren von den bulbären Athmungscentrum aus in coordinirte Thätigkeit versetzt werden, gehören den Seitensträngen an und liegen am oberen Halsmark in den Proc. reticulares. Sie verlaufen im Rückenmark ungekreuzt.

Die Function des bulbären Athmungscentrums besteht in dem rhythmischen Aussenden coordinirter inspiratorischer Bewegungsimpulse, welche autochthon unter der Wirkung des Blutreizes entstehen, welche reflectorisch durch die Vagi regulirt werden und zwischen welche sich, je nach Bedarf, auf reflectorischem Wege entstehende coordinirte Exspirationsbewegungen einschalten. Die Function des bulbären Athmungscentrums wird wesentlich vermittelt durch Nervenzellen, welche nicht kernartig geschlossen beisammen liegen, die aber einem gut definirbaren System angehören, nämlich der Formatio reticularis lateralis, d. h. der bulbären Fortsetzung der spinalen Seitenstränge. Die bilaterale Fortsetzung der Athembewegungen wird vermittelt durch commissurelle intrabulbäre Verbindungen zwischen den bilateral symmetrischen Hälften des bulbären Athmungscentrums. — Die Nervenzellen des inspiratorischen Theils des bulbären Athmungscentrums bewahren ihre hervorragende Empfindlichkeit für den Blutreiz nur unter dem beständigen Einfluss solcher centripetal zugeleiteten Erregungen, welche

überhaupt die Wirkung haben, den Stoffwechsel (und die Rhythmik) im Centralnervensystem rege zu erhalten. Die in diesem allgemeinen Sinne hauptsächlich in Betracht kommenden centripetalen Nervenbahnen sind diejenigen des Vagus, Trigeminus und der höheren Sinne, der Trigeminus kann in diesem Sinne nach Sectio post corpora quadrigem. und doppelseitiger Vagotomie vicariirend für den Vagus eintreten.

A. ROSENBERG.

10) **Loewy** (Berlin). **Kurze Mittheilung zur Kenntniss des Einflusses der „oberen Bahnen" auf die Athmung.** Verhdl. d. Berl. physiolog. Gesellsch. vom 11. November 1892.

Die doppelseitige intracranielle Trigeminusdurchschneidung ersetzt nicht die Hirnabtrennung; nach ersterer folgende Vagotomie vermochte nicht den charakteristischen Athmungstypus hervorzurufen, wie er auftritt, wenn mit der Vagustrennung zugleich die Medulla oblong. vom Hirn isolirt wird. Die in der Bahn des N. trigemin. verlaufenden mannigfachen peripherischen Erregungen können also bei der Regulirung der normalen Athmung keine wesentliche Rolle spielen.

Es scheinen besondere die Athmung beeinflussende Centren oberhalb der Medulla vorhanden zu sein; fraglich ist es freilich, ob diese Centra dauernde Erregungen zur Medulla abgeben wie die Nn. vagi, oder ob sie erst nach Ausschaltung dieser gewissermassen vicariirend eintreten.

A. ROSENBERG.

11) **Langendorf. Mittheilungen zur Athmungslehre.** *Archiv für Anatomie und Physiologie. 1893. Heft 5.*

In manchen Fällen — so schliesst Langendorf nach den Resultaten seiner an Hunden und Katzen vorgenommenen Versuchen — kommt nach einseitiger Durchschneidung des Kopfmarks die Athmung zum andauernden einseitigen Stillstand; in anderen fehlt ein solcher Stillstand entweder überhaupt, oder, wenn anfänglich vorhanden, ist er kein bleibender, sondern macht einer mit den Bewegungen der gesunden Seite bald mehr bald weniger übereinstimmenden Thätigkeit Platz.

Bezüglich der Kenntniss des Athmungscentrums wendet er sich gegen die von Gad und Marinescu aus ihren Versuchen hergeleitete Schlüsse.

Die Erstickungserscheinungen am Athmungsapparate der Säugethiere sind als Ausdruck eines abgekürzten Cheyne-Stokes'schen Phänomens aufzufassen.

A. ROSENBERG.

12) **P. Heymann. Ueber die Anwendung einiger neuen Aluminium-Verbindungen in Nase und Hals.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10. 1893.*

H. prüfte die neuen auf seine Anregung hin hergestellten Aluminiumpräparate. Das erste, das Alumin. salicylicum (Salumin) ist nur löslich in Alkalien; es bewährte sich bei seiner Application als Pulver, in Lösung und in Glycerin sehr gut bei trocknem atrophischen Catarrh der Nase und des Nasenrachenraumes. Die zweite Verbindung, das Tannal (Alumin. tannicum), ist unlöslich, es lässt

sich aber ein Doppelsalz, das Aluminium tannico-tartaricum, das Tannalum solubile, herstellen.

H. versuchte dieses Präparat hauptsächlich als Gurgelwasser und Inhalation; es kommt auch in Tablettenform à 1,0 im Handel vor. Ueber das dritte Präparat, das Gallal, sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

SCHECH.

13) **Spengler** (Heidelberg). **Erfahrungen über die Wirkung des Alumnol und Diaphtherin.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 13. 1893.*

Das Alumnol, ein Adstringens antisepticum, bewährte sich in 5proc. Lösung eingepinselt gut bei acuter und chronischer Pharyngitis, namentlich bei der Pharyngitis sicca. Bei der acuten und chronischen Laryngitis blieb die Wirkung aus. Immerhin ist die Wirkung des Chlorzinks eine schwerere. Das Diaphtherin wirkt schon in 0,5 — 1 proc. Lösung äusserst antiseptisch; es wurde in das erkrankte Antrum Highm. eingespritzt und das Empyem wesentlich gebessert; bei Ozaena wurden mit $^1/_2$proc. Diaphtherinlösung getränkte Tampons in die Nase eingeführt und 30 Minuten lang darin belassen, was Desodorisirung und Besserung der subjectiven Beschwerden zur Folge hatte. SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **Gustav Franke** (Berlin). **Experimentelle Untersuchungen über Luftdruck, Luftbewegung und Luftwechsel in der Nase und ihren Nebenhöhlen.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Die Resultate der von F. vorgenommenen Experimente sind im wesentlichen folgende:

Die Grösse des Luftdrucks wird bestimmt durch 1. die absolute Weite der ganzen Nasenhöhle, 2. die relative Grösse d. h. durch die Unterschiedsgrösse zwischen Choane und Nasenloch (bezw. einer anderen engsten Passage), 3. die Lage des engsten Nasenhöhlendurchschnittes, 4. die Stärke und Heftigkeit der Respirationsbewegungen. — Wahrscheinlich ist der durchschnittliche Werth des Luftdrucks in den normalen Nasen- und Nebenhöhlen bei normaler Athmung höchstens 2—3 mm Wasser, so dass ein Einfluss derselben auf die Entwicklung der Nasen- und ihrer Nebenhöhlen nicht anerkannt werden kann.

Bezüglich der Luftbewegung lehren F's. Experimente, dass bei ruhiger Inspiration der Luftstrom über die beiden oberen Muscheln und z. Th. durch den mittleren Nasengang und dann im Bogen nach hinten zur Choane zieht; unterhalb dieses concaven Bogens entsteht ein schwacher Wirbel, der sich in der Richtung von oben nach hinten und unten dreht. — Bei kräftiger Inspiration hält sich der Strom mehr am Nasenloch, und der Wirbel ist grösser und dreht sich schneller. Bei der Exspiration findet dieselbe Luftbewegung in umgekehrter Richtung statt.

Was den Luftwechsel betrifft, so ist er in den Nebenhöhlen um so lebhafter, je kleiner sie sind, je grösser die Communicationsöffnung, je günstiger

letztere zum vorbeiziehenden Luftstrom liegt, und je stärker die Respiration vor sich geht. Also haben die Nebenhöhlen gar keine Function.

Ihre Grösse und Entwicklung ist demnach ebenso unabhängig von den verschiedenen Athmungsvorgängen wie die Weite der Nasenhöhlen unabhängig ist von der Grösse des Athemdrucks. A. ROSENBERG.

15) **Gr. Reuter** (Ems). **Beiträge zur Untersuchung des Geruchssinns.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. XXII. 1893.*

Genaue Besprechung der Technik der Olfactometrie, die R. etwas abweichend von Zwaardemaker vornimmt. Er bespricht zuerst

1. den normalen Geruch. Er wird beeinträchtigt durch hochgradige Hyperplasie der Rachentonsille; unilaterale Abschwächung kommt bei Schiefstand des Septums vor.

2. Respiratorische Anosmie, Verlegung des Weges zur Riechspalte durch nasale Stenosen oder Verschluss der Regia olfactoria, z. B. durch Hyperplasien des unteren Randes der mittleren Muschel oder Septumdeviationen. Die respiratorische Anosmie ist gemäss der Veränderlichkeit der causalen Momente variabler Natur, und die Abstumpfung des Geruchs ist für alle Energien gleichmässig.

3. Essentielle Anosmie; sie beruht wahrscheinlich auf einer in Folge chronischen Nasenkatarrhs entstandenen Degeneration des Riechepithels, ist constant bilateral und betrifft die verschiedenen Geruchsarten gleichartig. Uebrigens können auch tuberkulöse und syphilitische Geschwüre durch Zerstörung der Riechschleimhaut essentielle Anosmie hervorrufen.

4. Gemischte essentiell respiratorische Anosmie; sie findet sich bei Rhinitis atrophicans und bei den Raum beengenden und chronisch entzündlichen Zuständen der Schleimhaut. A. ROSENBERG.

16) **Suchannek** (Zürich). **Weitere Mittheilungen über die acute Rhinitis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 4. 1893.*

Pathologisch-anatomische Untersuchungen hauptsächlich mikroskopischer Natur die Veränderungen des Epithels der Drüsen und Zellkerne betreffend, die sich nicht zum Referate eignen und desshalb im Original gelesen werden müssen. SCHECH.

17) **G. F. Keiper. Ein Fall von nasaler Hydrorrhoe. (A case of nasal hydrorrhoea.)** *N. Y. Med. Journal. 22. Juli 1893.*

Nachdem alle anderen Mittel erprobt worden waren, wurde der Pat. schliesslich durch einen Spray von Atropinum sulfur. gelöst in Wasser, 3mal täglich, geheilt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **E. J. Bernstein. Hypertrophische Rhinitis als Ursache von ocularer Asthenopie. (Hypertrophic rhinitis producing ocular asthenopia.)** *Med. News. 22. Juli 1893.*

Die enge Verbindung zwischen Nase und Auge spricht sich in der Thatsache aus, dass die die Nasenhöhle versorgenden Nerven hauptsächlich von dem

nasalen Ast des N. ophthalmicus abstammen; dieser giebt frühzeitig in seinem Verlaufe, wo er den N. opticus kreuzt, zwei oder drei kleine Zweigchen ab, die mit den Ciliarnerven zusammen verlaufen, die vom Ganglion ciliare herkommenden kurzen Ciliarnerven treffen, die Sclera durchbohren und zwischen dieser und der Choroidea nach vorn sich wenden, wo sie in den Ciliarmuskeln und der Iris sich ausbreiten.

B. berichtet über zwei Fälle, in denen der Refractionsfehler sich verbessern liess, eine dauernde Heilung aber erst durch die Reduction der hypertrophischen Nasenmuscheln zu Stande kam. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

19) E. J. Birmingham. **Der chronische Nasencatarrh und was der praktische Arzt gegen denselben thun kann. (Chronic nasal catarrh and what the general practitioner can do.)** *Med. Record. 15. Juli 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) J. Dunn. **Ein Fall von einseitiger membranöser Rhinitis. (A case of unilateral membranous rhinitis.)** *N. Y. Med. Journal. 26. August 1893.*

Die Membran wurde nicht bakteriologisch untersucht, doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass sie den Klebs-Löffler'schen Bacillus enthalten hat; in diesem Falle wäre das Fehlen constitutioneller Symptome bemerkenswerth.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) Sedziak (Warschau). **Croup oder Diphtherie der Nase?** *Monatsschrift für Ohrenheilk. No. 2 u. 3.*

Ausgehend von einem einen Collegen betreffenden Fall, der 5 Tage nach einer Verletzung beim Rasiren Membranbildung in der Nase bekam mit hohem Fieber, bespricht Sendziak die klinische, ätiologische und anatomische Seite des Croup und der Diphtherie der Nase. Er kommt zu dem Schlusse, dass Croup der Nase in klinischer und theilweise anatomischer und ätiologischer Hinsicht eine selbständige, mit der Diphtherie nichts gemein habende Krankheit ist; auch den obenerwähnten Fall hält Vf. für Croup, zumal keine Löffler'schen Bacillen, sondern nur Streptococcus aureus in den Membranen gefunden wurden.

SCHECH.

22) H. Eulenstein (Frankfurt a. M.). **Ueber fibrinöse Exsudate auf der Nasenschleimhaut.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 36.*

E. erinnert daran, dass die Pathologie zum Zustandekommen von Pseudomembranen verlange:

1) dass das schädliche Agens das Deckepithel einer Schleimhaut vollständig zerstört habe,
2) dass die Gefässschicht der Schleimhaut aber erhalten sein müsse.

Treffen diese Bedingungen zu, so lassen sich durch mechanische, chemische und thermische Einflüsse dem Croup nahestehende Schleimhautveränderungen hervorrufen.

Die Rhinitis fibrinosa sei darnach keine in sich abgeschlossene, einen specifischen Erreger voraussetzende Krankheit, sondern sei ein Krankheitsbild, das

durch sehr verschiedene heterogene Einwirkungen entstehen könne, so sicherlich auch durch Aetzungen ohne Hinzutritt eines bestimmten Organismus.

LANDGRAF.

23) **Strazza** (Genua). **Ein weiterer Fall von sogenannter „Rhinitis caseosa". (Ancora un caso di cosiddetto rinite caseosa.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1893. No. 9.*

Die sogenannte Rhinitis caseosa ist keine selbständige Krankheit; in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Nebenhöhleneiterungen mit Retention und Eindickung der Secrete, wie es im Falle S.'s zutraf. Reinigung der Nasenhöhlen, weite Eröffnung des Antrums und Entfernung eines sich darin befindenden Sequesters führten vollständige Heilung herbei.

TOTI.

24) **Garnault. Ozaena.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

Kurzes Referat über eine in der Semaine médicale 1893, p. 41 veröffentlichte Arbeit.

LANDGRAF.

25) **Hopmann** (Cöln). **Einiges über Ozaena.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

H. verwirft die Ansicht, dass Ozaena das Endstadium einer ursprünglich hypertrophischen Schleimhautentzündung sei. Er findet bei den Ozaenakranken eine Verkürzung des Septums in der Richtung von vorn nach hinten, somit eine Verkürzung der ganzen Nasenhöhle in derselben Richtung, welche offenbar nur in Folge mangelhafter congenitaler Anlage entstehen kann. Zu dieser congenitalen Anlage kommen nun Catarrhe und specifische Fäulnissbacterien siedeln sich an. Allmälig metaplasirt unter diesen Einflüssen das Cylinderepithel in verhorntes Pflasterepithel. Aus dieser Anschauung ergiebt sich die Nothwendigkeit schonender Behandlung.

LANDGRAF.

26) **Hopmann** (Cöln). **Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidenwand bezw. des Nasenrachenraums; ein Beitrag zur ätiologischen Beurtheilung der Ozaena.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Die reine, genuine Ozaena entwickelt sich auf der Grundlage eines ungleichartigen Wachsthums einzelner Theile des inneren nasalen Stützapparats zur Zeit des Zahnwechsels und der Pubertät; andererseits entstehen auch auf diesem Boden leicht chemische Entzündungsprocesse, die die Muscheln um so eher durch bindegewebige Sklerosirung der Schleimhaut und Resorption des Knochens vernichten, als sie von Hause aus schon schwach und in der Entwicklung zurückgeblieben sind. In der That konnte H. durch Messungen nachweisen, dass bei reiner Ozaena ein mangelhaftes Wachsthum des nasalen Skelets besteht; der Durchmesser des Septums in der Richtung von der Nasenspitze zum hinteren Vomerrande ist bei Ozaenakranken durchgehends nicht unbeträchtlich kürzer und der des Nasenrachenraums in der Richtung von vorne nach hinten entsprechend länger als bei anderen Nasenleidenden und bei Gesunden.

A. ROSENBERG.

27) **Grünwald. Weitere Beiträge zur Ozaenafrage.** Vortrag, gehalten auf der 65. Naturf.-Vers. zu Nürnberg. — *Münchn. med. Wochenschr. No. 43 und 43. 1893.*

Erweiterung der bereits früher aufgestellten Thesen durch Mittheilung neuer Fälle, bei denen das Bild der Ozaena theils durch Eiterungen der Nebenhöhlen, theils durch die Anwesenheit adenoider Wucherungen mit Recessusbildung bedingt und durch entsprechende Behandlung geheilt wurden. „Eine einheitliche Aetiologie und ein einheitliches paihologisch-anatomisches Bild der Ozaena giebt es noch nicht, auch der Nachweis einer genuinen Atrophie in der Nase mit wesentlicher Bildung stinkender Borken ist bisher in keinem Falle auch nur zur Wahrscheinlichkeit erbracht. Die Dyscrasie irgend welcher Art als Ursache jener Affection zu bezeichnen, ist ebenfalls bis heute durch Nichts gerechtfertigt worden, im Gegentheil ist eine solche zwanglos als im Gefolge fötider Eiterung entstanden zu erklären." SCHECH.

28) **A. Kuttner** (Berlin). **Die Therapie der Ozaena.** *Therapeut. Monatsh. 1893. März.*

Kritik der verschiedenen Behandlungsmethoden, denen allen gemeinsam die sorgfältige Reinigung der Nase ist. K. reinigt sie durch Inhalation von Sodowasser mittelst eines eigenen (bei Windler, Berlin, käuflichen) Apparats, welcher der durch einen bügelförmig gewundenen in den Naseneingang gelegten Draht erweiterten Nase die Dämpfe mehr oder minder warm zuführt. Nach 5 bis 7 Minuten, während welcher Zeit der Pat. durch die Nase in- und durch den Mund exspirirt, ist die Nase und Nasenrachen vollkommen rein.

A. ROSENBERG.

29) **Wagner** (Cassel). **Ein Beitrag zur Lehre vom Nasenbluten.** Dissertation. Marburg 1893.

Auf Grund von 70 Fällen mit Nasenbluten aus dem Ambulatorium von Barth entwirft W. ein Bild von der Lehre des Nasenblutens. In Uebereinstimmung mit anderweitig gemachten Beobachtungen giebt er an, dass das characteristische meist recidivirende Nasenbluten stets vom knorpligen Septum und seiner nächsten Nachbarschaft aus Gefässrupturen oder aus Ulcerationen stammt. An ein wirklich vicariirendes Nasenbluten an Stelle der Menstruation glaubt W. nicht. SEIFERT.

30) **Hellmann** (Würzburg). **Zur Aetiologie und Therapie des Nasenblutens.** *Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis. 8. 1893.*

Die Leser der Zeitschrift f. a. L. werden dem Verf. dieses kleinen Artikels dankbar sein für die kurze aber übersichtliche Darstellung der Pathologie und Therapie der Epistaxis. SEIFERT.

31) **Wallace Anderson** (Deumstone), **A. K. Chalmers** und **R. M. Buchanan. Bemerkungen über einen Fall von Rotz beim Menschen mit Demonstration des Bacillus. (Notes on a case of glanders in man with demonstration of the bacillus.)** *Glasgow Med. Journ. August 1893.*

Der interessanteste Punkt in diesem Falle scheint uns — soweit unsere

Specialität dabei in Frage kommt — die Betheiligung der Nasenschleimhaut an der Erkrankung zu sein; dieselbe wurde erst ganz spät, erst 36 Stunden vor dem Tode ergriffen, während verschiedene andere Herde bereits 14 Tage vorher entstanden waren.
P. MC BRIDE.

32) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Tuberkulome der Nasenschleimhaut.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Nachdem er die einschlägige Literatur zusammengestellt, berichtet Ch. über 6 eigene Beobachtungen.

Die Infection geschieht durch das Sputum oder durch die Lymphbahnen oder schliesslich von aussen. Die Tuberculome treten meist als knollige rothe Geschwülste mit körniger Oberfläche auf und bluten leicht bei Berührung. Subjective Beschwerden: Nasenverstopfung.

Nach der Exstirpation recidiviren die Tumoren leicht, oder es entstehen Ulcerationen und Septumdefecte.

Die Prognose quoad vitam scheint eine gute zu sein.

Die Diagnose stützt sich auf das Aussehen der Tumoren und ihre Vorliebe, sich vorne am Septum zu localisiren, ihre Recidivfähigkeit und schliesslich auf die mikroskopische Untersuchung.

Endlich bespricht Ch. noch die differentialdiagnostischen Eigenschaften gegenüber den Osteomen, Enchondromen, den Schleimpolypen, Fibromen, Rhinosklerom. Gummiknoten, Sarcomen und dem Lupus.
A. ROSENBERG.

33) **Bayet. Nasensyphilis. (Syphilis du nez.)** *Journal de méd., de chir. etc. No. 18. 1893.*

B. stellt in der Königl. Gesellschaft für Med. und Naturwissenschaften am 10. April 1893 einen Patienten mit tertiärer Nasensyphilis vor, welche durch Jodkali zum Verschwinden gebracht worden war.
BAYER.

34) **Schubert** (Nürnberg). **Ueber Syphilis der Nase.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 19. 1893.*

Unter 7000 Ohren- und Nasenkranken wurden 42 Fälle (0,5 pCt.) von syphilitischer Erkrankung der Nase beobachtet. 30 Fälle gehörten der gummösen Form an, nur 10mal kamen Frühformen vor. Das syphilitische perforirende Geschwür der Nasenscheidewand unterscheidet sich vom einfachen Ulcus perforans dadurch, dass ersteres auch den Knochen ergreift und dass es mit wallartiger Anschwellung der Geschwürsränder verläuft. Ausser Allgemeinbehandlung empfiehlt Sch. die chirurgische Behandlung nach Volkmann, die jetzt stets unter Controlle des Spiegels auszuführen sei.
SCHECH.

35) **Treitel. Knochen aus einer Nase.** *Deutsche medicin. Wochenschrift. 1893. No. 37.*

Bei einem Syphilitischen war ein Theil des Vomer necrotisch geworden.
LANDGRAF.

36) **Hopmann** (Köln). **Demonstration von Gypsabgüssen verengter bezw. asymmetrischer Choanen- und Nasenrachenraumengen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

Keine Details. LANDGRAF.

37) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Athembeschlag als Hülfsmittel zur Diagnose der nasalen Stenose.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Die durch den Hauch der Nase auf einer Glasplatte erzeugten „Athemflecken" verändern ihre Gestalt bei Nasenstenosen. Jeder Flecken theilt sich in einen medialen und lateralen Abschnitt; und zwar findet diese Theilung statt, weil die Luft getheilt durch die Nasenöffnung streicht; die untere Muschel verursacht die Trennung. — Man ist mit dieser Methode natürlich auch im Stande, eine Velumparese zu demonstriren. A. ROSENBERG.

38) **W. A. Dunn. Behandlung der Nasenstenose. (Treatment of nasal stenosis.)** *Med. Current. Mai 1893.*

D. hält den Gebrauch von Bohrern und Meisseln in der Nase für unnöthig, roh und für unwissenschaftlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **Hems** (Totenbull). **Ueber angeborenen knöchernen Choanenverschluss.** Dissertation. Marburg 1898.

Bei einem 14jährigen Mädchen fand sich bei der Rhinosc. post. ein Verschluss der rechten Choanenhälfte durch eine mit normaler Schleimhaut versehene Platte, welche wie ein Diaphragma in die Choane eingefalzt erschien. Mit dem Galvanocauter wurde in der Mitte der Platte eine schlitzartige Oeffnung gemacht, welche der Patientin sofort ermöglichte, Schleim aus der rechten Nase zu entfernen. Bei der Operation wurde festgestellt, dass es sich um einen knöchernen Verschluss handelte. Das Loch schloss sich leider bald wieder und Pat. konnte sich nicht zu einer weiteren gleichen Operation entschliessen. Es wurde nun mit Hülfe einer Perforirung des Septums der Pat. eine mässige Ventilation der rechten Nasenseite möglich gemacht. SEIFERT.

40) **E. Mayer. Vollständiger Verschluss beider Nasenseiten durch Membranen am äusseren Orificium. Operative Heilung. (Complete occlusion of both nostrils by webs at the external orifice. Operation. Cure.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1893.*

Rosa L., ledig, 22 J. alt, aufgenommen am 25. April 1891 mit folgender Anamnese: Sie hat seit etwa 4 Jahren „ein Geschwür im Hals", das ihr viel zu schaffen gemacht hat. Ihre linke Nasenseite ist seit etwa 6 Monaten verstopft. Diese Affection verschlimmerte sich und das Nasenloch war bald ganz verschlossen. Darauf fing dieselbe Sache auf der rechten Seite an, zur Zeit kann sie auch rechts weder in- noch exspiriren. Sie weiss nichts von specifischer Erkrankung. Ihre Eltern waren gesund, sie hat ältere und jüngere Geschwister, die alle gesund sind.

Untersuchungsbefund: Der weiche Gaumen ist der Sitz einer aus-

gedehnten Ulceration, die ihn zum grösseren Theile bereits zerstört hat. Einige Narbenstränge laufen beiderseits von den vorderen Gaumenbögen zur Rachenwand.

Direct in dem äusseren Orificium beider Nasenseiten, etwa $^1/_2$ Zoll von dem Meatus entfernt, findet sich eine feste Membran, querverlaufend und einen vollständigen Verschluss herstellend.

Diagnose; Specifische Ulceration und Zerstörung des weichen Gaumens; Stenose der vorderen Partie der Nase.

Therapie: Zwei Wochen lang wurde die Geschwürsfläche mit dem Höllensteinstift touchirt, während gleichzeitig eine energische antiseptische Kur eingeleitet wurde. Letztere wurde 8 Wochen lang fortgesetzt; dann war das Geschwür verheilt, die Stenose aber war unverändert geblieben. Nachdem die Theile mittelst einer 10procentigen Cocainlösung anästhesirt waren, wurde mittelst des electrischen Trepans ein Nasenloch freigemacht. Man fand dabei, dass die Membran von knorpliger Consistenz war und $^1/_{32}$ Zoll dick; nirgends auch nur die geringste Spur von Narbengewebe. In gleicher Weise wurde später an der anderen Seite operirt, so dass von der verschliessenden Membran nichts übrig blieb. Die Nase weiter hinten war durchaus normal.

30. October. Die Athmung durch beide Nasenlöcher frei; die specifische Erkrankung wird weiter behandelt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **E. Mayer. Congenitaler Verschluss der rechten Nasenseite von hinten durch eine Knochenplatte. Heilung durch eine Operation. (Congenital occlusion of right nostril posteriorly by a bony plate. Operation. Cure.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1893.*

Im rechten Nasenloch sah man ganz vorn eine Ecchondrose des Septums, die den Nasenboden vollständig bedeckte. Nachdem diese entfernt war, zeigte die rhinoskopische Untersuchung einen vollständigen Verschluss, verursacht durch eine Knochenwand, die mit Schleimhaut bekleidet war und quer durch die ganze Nasenseite lief. Es wurden mit dem electrischen Trepan zwei Oeffnungen durch diese Wand gebohrt, wodurch die Passage frei und die Athmung unbehindert wurde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **G. Gradenigo (Turin). Schwindel und Pseudoangina pectoris als Nasenreflexneurosen. (Vertigine e Pseudoangina di petto quali fenomeni reflessi dal naso.)** *Giorn. della R. Acc. di Med. di Torino. 1893. No. 1.*

Der von der Nase aus ausgelöste Reflex-Schwindel unterscheidet sich essentiell nicht von dem Ohr-, Magen- oder Kehlkopfschwindel. Er ist häufiger permanent als paroxysmal, wird aber durch Kopf- und Körperbewegungen verschlimmert; er ist nie so heftig, dass die Patienten umfallen oder gezwungen sind, das Bett zu hüten; er wird weder von Erbrechen noch von Brechneigung, auch nicht von wahren Kopfschmerzen, sondern vielmehr von Kopfdruck begleitet. Voltolini, Moldenhauer, Mackenzie, Scheeh haben den Nasenschwindel kaum erwähnt. G. hat ihn in 4 Fällen beobachtet, wobei es sich immer um chronische hypertrophische Rhino-Pharyngitis handelte. Bei dreien war kein nervöser Allgemeinzustand zu constatiren. Die Behandlung des Nasenleidens führte

Heilung resp. grosse Besserung des Schwindels herbei. — Zudem hat G. einen Fall von Pseudoangina pectoris beobachtet bei einem nicht hysterischen, mit einer chronischen catarrhalischen Nasen-, Rachen-, Ohrenaffection behafteten Mädchen. Eine energische intranasale Behandlung brachte die Anginaanfälle zum Schwinden.

TOTI.

43) **Hicquet** (Brüssel). **Zur Frage der Reflexneurosen nasalen Ursprungs. (A propos des névroses reflexes d'origine nasale.)** *La Policlinique. No. 6. 1893.*

H. verbreitet sich anlässlich zweier Fälle von Verschwinden asthmatischer Anfälle nach der Entfernung von Nasenpolypen, über die Reflexneurosen nasalen Ursprungs im Allgemeinen und empfiehlt schliesslich ganz besonders Lufteintreibungen in die Nase bei Cephalalgien und Supraorbitalneuralgie, welche Form von Nasencatarrh oder Nasentumor auch immer dieselben hervorgebracht haben mag.

BAYER.

44) **Bauer** (Nürnberg). **Ueber Reflexneurosen.** *Münchn. med. Wochensch. No. 15. 1893.*

3 Fälle, ausgehend von Erkrankungen des Rachens; in dem ersten Fall bestand kurzer Husten, der nach galvanok. Zerstörung der geschwellten Zungenfollikel verschwand; in dem zweiten Falle sties der 13jährige Patient alle 3—4 Secunden einen stöhnenden und keuchenden Laut aus, der nach Entfernung von einer der Wucherungen sistirte; in dem dritten eine schwere Chorea betreffenden Falle bestand Behinderung der Nasenathmung durch adenoide Vegetationen, nach deren Entfernung sich die Chorea sehr beträchtlich besserte.

SCHECH.

45) **Fliess** (Berlin). **Die nasale Reflexneurose.** XII. Congress für innere Medicin. 1893.

Nach Fliess setzt sich die „nasale Reflexneurose" zusammen aus einem Complex von drei Gruppen, von denen die erste aus Symptomen besteht, welche den Kopf betreffen, die zweite aus Symptomen, welche sich als Schmerzen an typischen Körperstellen bezeichnen lassen, und die dritte bezeichnet er als Gruppe der gestörten Organfunctionen. Die Details mögen im Originale nachgelesen werden.

SEIFERT.

46) **Fliess** (Berlin). **Neue Beiträge zur Klinik und Therapie der nasalen Reflexneurosen.** Berlin, Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 1893.

Der Vortrag zum XII. Congr. f. innere Medicin stellt nur einen Auszug aus der Monographie von Fliess über den gleichen Gegenstand dar. Wird sind der Meinung, dass der Autor in den Fehler zurückverfällt, den man seinerzeit Hack zum Vorwurf gemacht hat, dass er zu vielerlei Erscheinungen von der Nase herleitete. Mit einer solchen Verallgemeinerung wird kein reeller Nutzen gestiftet.

SEIFERT.

47) **Fliess** (Berlin). **Die nasale Reflexneurose.** *Münchn. med. Wochenschr. 1893. No. 18. Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 23.*

Es existirt ein bestimmtes Symptomenbild, das in Erkrankungen der Nase

begründet ist und das Charakteristische des gemeinschaftlichen Auftretens und gemeinschaftlichen Verschwindens bei Bepinselung der Nasenschleimhaut mit Cocain aufweist. In mehr als der Hälfte der Fälle kommt es zu Kopfschmerz und Migräne, Schwindel, Congestion, Intoleranz gegen Alcohol; dann giebt es andere Kranke, die mit neuralgischen Beschwerden im Brustbein, Schulterblatt, Intercostalraum und Magen behaftet sind, oder solche, bei denen die Function des Herzens, Magens, Uterus gestört ist. Die pathologischen Veränderungen der Nase sind dabei entweder organisch und dauernd, oder functionell und periodisch; eine zweite Gruppe ist vasomotorischer Natur, namentlich in Verbindung mit Neurasthenie sexuellen Ursprungs. SCHECH.

48) **Bresgen. Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenleiden.** *Münchn. medic. Wochenschr. No. 5. 1893.*

Bei der Entstehung des Kopfschmerzes spielt die Schleimhautschwellung eine Hauptrolle, ebenso die Verengerung der Nase, mag sie angeboren oder erworben sein. Die Hauptursache für den Kopfschmerz bildet die Beengung der Nase im Bereiche der mittleren Muschel, sehr oft ist die engere Nasenhälfte diejenige, von welcher am häufigsten und am stärksten der Kopfschmerz verursacht wird. Bei Naseneiterungen spielt die Behinderung des Abflusses des Secretes eine Hauptrolle, bei Nebenhöhleneiterungen auch die Entzündung und Entblössung des Knochens. Bei Hypertrophie der Rachenmandel ist Kopfschmerz constant vorhanden, doch möchte Bresgen die gleichzeitig vorhandene Nasenschwellung für denselben verantwortlich machen. Aus dem Orte, an welchem der Kopfschmerz empfunden wird, lassen sich sichere Schlüsse auf die Erregungsstelle in Nase und Rachen nicht ziehen.

Der Schmerz bei Nebenhöhleneiterungen ist nicht für die locale Diagnose zu verwenden. Dagegen kann man behaupten, dass bei Stirnkopfschmerz immer der obere Theil der Nase krank ist. Scheitel- und Hinterhauptschmerz beobachtet man meist bei Reizzuständen im hinteren Theile der Nase oder im Nasenrachenraum. Entscheidend für die Diagnose ist nur die sorgfältige Untersuchung mit der Sonde. Nicht zu vergessen ist, dass reine nervöse Ursachen zu Kopfschmerz führen können, Aerger, Sorge, Weinen, übermässiger Geschlechtsgenuss. Symptomatisch empfiehlt sich Phenacetin, 3—5mal täglich 1 Gramm mit Cognac; die radicale Behandlung muss gegen das Nasen-Rachenleiden gerichtet sein, in erster Linie gegen die Schleimhautschwellung. SCHECH.

49) **E. Pynchon. Kopfschmerzen infolge von Nasenstenose. (Head-ache due to nasal stenosis.)** *Annals Ophth. and Otolog. April 1893.*

Die Form der nasalen Störung, die Kopfschmerz verursachen kann, ist stets hypertrophischer Natur und das eigentlich wirksame Moment die dadurch bedingte Stenose. Wo Kopfschmerz durch nasale Defecte erzeugt ist, werden sich stets in gewissen Punkten die Zeichen eines Druckes finden. Dieser Druck, den auch eine Ueberanstrengung der Augen hervorruft, erzeugt eine Reizung der Endigungen des N. quintus, welche die Symptome seitens des Sympathicus erklärt.

Folgende Punkte können zur diagnostischen Unterscheidung beider Formen von Kopfschmerz dienen:

Infolge von Nasenstenose:	Infolge von Anstrengung der Augen:
Gewöhnlich einseitig.	Gewöhnlich doppelseitig.
Häufig Schlaflosigkeit, am Morgen schlechter.	Schlaf gesund, nach dem Schlaf besser.
Vermehrt durch Anstrengung (physischer Art).	Vermehrt durch geistige Thätigkeit.
Keine Conjunctivitis.	Conjunctivitis nach jedem Gebrauch des Auges.
Im Allgemeinen Nasencatarrh.	Kein Catarrh.
Gesteigert durch acute Coryza.	Acute Coryza kommt nicht vor.
Dyspepsie und Nausea.	Appetit und Verdauung gut.
Kein Astigmatismus.	Meist Astigmatismus.
Druck mit der Sonde auf die mittlere Muschel steigert den Schmerz.	Dieselbe Probe mit negativem Ausfall.
Keine Photophobie.	Empfindlich für helles Licht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **Heymann** (Berlin). **Kopfschmerz bei Nasenleiden.** *Dtsch. Med. Ztg. 26. 1893.*

Wir können Heymann vollkommen beistimmen in der Warnung, alle möglichen Arten von Kopfschmerz durch Nasenerkrankungen erklären zu wollen, und andererseits darin, dass ohne Zweifel in vielen Fällen die Veranlassung des Kopfschmerzes in einer Erkrankung der Nase zu suchen ist und dass von dort aus häufig der Kopfschmerz mit Erfolg behandelt werden kann. Nach H. können auf vier verschiedene Weisen Nasenleiden als Kopfschmerzen sich bemerkbar machen: einmal durch falsche Lokalisation, dann auf dem Wege der Irradiation, ferner auf dem Wege des Reflexes, und zuletzt durch Compression der von der Nase fortführenden Gefässe. Die verschiedensten Affectionen der Nase können auf solche Weise Kopfschmerzen auslösen. SEIFERT.

51) **J. Scheinmann** (Berlin). **Habitueller Kopfschmerz als Hauptsymptom verschiedener Nasenleiden.** *Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 49.*

Sch. fasst seine Erfahrungen zusammen in folgenden Sätzen:

I. Habitueller Kopfschmerz findet in manchen Fällen seine Erklärung in Affectionen der Nase.
II. Er ist selbst bei schweren gefahrdrohenden nasalen Erkrankungen oft lange Zeit das einzige hervorstechende Symptom derselben.
III. Diese Erkenntniss legt uns die Pflicht auf, bei habitueller Cephalaea unbekannten Ursprungs nach localen Ursachen in der Nase zu suchen.
IV. Das Vorhandensein eines neurasthenischen Zustandes schliesst locale Ausgangspunkte der habituellen Cephalaea nicht aus.
V. Der Nachweis nasalen Ursprungs der Cephalaea gestaltet die Prognose meist günstig, die nasale Therapie giebt gute und andauernde Resultate.

LANDGRAF.

52) F. Kjellmann (Stockholm). **Zwei Fälle von epileptiformen Anfällen durch Veränderungen in der Nasenhöhle bedingt. (Tvänne fall af epileptiforma anfall, beroende pa förändringar enom näskaviteten.)** *Hygiea. 1893.* Separatabdruck.

Der erste Fall betrifft einen 12jährigen Knaben, der im Laufe der Jahre 1886 und 1887 wenig ausgesprochene Attaquen von Epilepsie gehabt hatte, aber im Jahre 1888 von häufigen und schweren epileptiformen Anfällen geplagt wurde. Im December 1888 wurden die beiden unteren Nasenmuschelhypertrophien galvanocauterisirt. Danach blieben die Anfälle bis August 1889 aus, zu welcher Zeit ein neuer Anfall eintrat. Er wurde noch einmal galvanocaustisch behandelt, und seither ist der Patient von Anfällen frei geblieben.

Der zweite Fall betrifft einen 6jährigen Knaben, der während $2^1/_2$ Jahren epileptiforme Anfälle gehabt hatte. Die rechte untere Nasenmuschel war diffus geschwollen; nach Galvanocauterisation der rechten Concha inferior wurden die Anfälle leichter und weniger häufig und sind schliesslich seit einem Jahre vollständig verschwunden. Verf. meint, dass im letzten Falle nur die behinderte Nasenathmung und nicht eine durch Irritation der nasalen Aeste des Trigeminus bedingte Reflexneurose die Epilepsie hervorgerufen hat. SCHMIEGELOW.

53) Maximilian Herzog. **Husten nasalen Ursprungs; mit einer Krankengeschichte. (Cough of nasal origin with report of a case.)** *Phil. Med. News. 24. Juni 1892.*

Nichts Neues. LEFFERTS.

54) O. Torstensson. **Einige ätiologische und therapeutische Beobachtungen über Asthma bronchiale. (Some etiological and therapeutic observations in connexion with bronchial asthma.)** *Edinburgh Med. Journ. Januar 1893.*

Der Verf. rühmt die nasale Therapie des Asthmas. Es scheint fast, als ob er alle Fälle von Asthma durch seine intranasale Behandlung geheilt hat, und dann scheint der Verf. auch in den oberen Nasenmuscheln herum untersuchen und manipuliren zu können mit einer Leichtigkeit, die in Anbetracht der gewöhnlichen Lage dieses Organs geradezu wundervoll ist. P. MC BRIDE.

55) Blair. **Heuasthma. (Hay-asthma.)** *N. Y. Med. Record. 4. Febr. 1893.*

B. heilt das Heuasthma mit dem Fluidextract von Euphorbia pilulifera.

LEFFERTS.

56) Redactionelle Bemerkung. **Heufieber. (Hay-fever.)** *N. Y. Medic. Record. 29. April 1893.*

Das Heufieber wird in manchen Fällen gebessert durch Einpinselung von gleichen Theilen Laudanum und Spirit. camphor. auf die Nasenschleimhaut. Gleichzeitig sollen intern kleine Dosen von Solut. Fowleri gegeben werden.

LEFFERTS.

57) Greville Macdonald (London). **Zur Prognose beim Heufieber. (On prognosis in hay fever.)** *Practitioner. April 1893.*

Die besten Fälle für den behandelnden Arzt, sagt M., sind die, bei denen

eine obstruirende Nasenerkrankung oder -Missbildung besteht. Die Prognose gestaltet sich am günstigsten da, wo die Verstopfung der Luftpassage im Meatus inferior durch eine Hypertrophie der unteren Muschel oder eine Ecchondrose oder Exostose des Septums bedingt ist. Weniger aussichtsvoll sind die Fälle, in denen die Schleimhaut des Septums selbst hypertrophirt ist, und noch weniger die, bei denen eine Schwellung der Gefässe der oberen Muschel besteht. Ein gewisser Zweifel bezüglich der Prognose ist schliesslich in allen Fällen vorhanden, doch ist das Resultat der Behandlung in sorgfältig ausgewählten Fällen meist ein recht befriedigendes. MACKENZIE-JOHNSTON.

58) **Redactionelle Notiz. Ein Schnupfpulver für Heiserkeit und nasales Asthma. (A snuff for hearseness and nasal asthma.)** *N. Y. Med. Journ. 3. Juni 1893.*

Das Recept ist folgendes:

Cocain. hydrochlor.	1 Theil,
Camphor. trit.	2 Theile,
Bismuth. subnitr.	16 „

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

59) **A. Hansson** (Schweden). **Noma. (Noma.)** *Hygiea. April 1893. S. 405.*

Pat., ein 55jähr. Mann, wurde am 11. Juni 1892 ins Spital aufgenommen. Früher vollständig gesund. Zwei Tage vorher hatten die Zähne in dem rechten Oberkiefer, insbesondere der cariöse erste Molarzahn angefangen schmerzhaft zu werden. Die ganze rechte Backe war ödematös, und bei der Untersuchung der Mundhöhle zeigte sich eine ausgebreitete Stomatitis. Trotz einer energischen antiphlogistischen Behandlung nahm die ödematöse Infiltration zu und es zeigte sich bald eine gangränöse Stelle in der Rachenschleimhaut. Die Stelle wurde excidirt, aber die Gangrän schritt beständig weiter und der Pat. starb an Septicämie am 6. Tage nach der Aufnahme. SCHMIEGELOW.

60) **Nökkentved** (Dänemark). **4 Fälle von extragenitaler Syphilis. (4 Tilfälde af extragenital Syfilis.)** *Hospitals-Tidende. R. 4. B. 1. S. 259.*

Die primäre Infection war buccal, durch inficirte Utensilien (Pfeifenspitze etc.) herbeigeführt. SCHMIEGELOW.

61) **Brenner** (Brünn). **Defect der Wange in Folge von Schussverletzung. Keine wesentlichen Störungen beim Sprechen und Essen.** Demonstrirt in dem Verein d. Aerzte in Brünn. 12. Juni 1893. — *Wien. med. Wochenschr. 1893. No. 40.*

Der Defect hatte ca. 3 cm Durchmesser. CHIARI.

62) **v. Baracz** (Lemberg). **Plastik der Wangenschleimhaut nach Oberst.** *Archiv f. klin. Chirurgie. XLVI. 2. 1893.*

Eine 21jährige Frau mit ausgedehntem von der Wangenschleimhaut ausgegangenem Sarcom wurde operirt, bei der Operation die Kieferhöhle eröffnet,

aber frei von Tumor gefunden, dagegen sandte der Tumor einen bedeutenden Ausläufer gegen die Fossa sphenopalatina unter den Jochbogen, so dass von diesem ein bedeutender Theil resecirt werden musste. Der durch diese Operation entstandene umfangreiche Defect konnte unter Benutzung der von Oberst angegebenen Methode der Wangenplastik mit sehr gutem Erfolg gedeckt werden.

SEIFERT.

63) **Franz Ziehl** (Lübeck). **Ein neuer Fall von isolirter Lähmung des dritten Trigeminusastes mit Geschmacksstörungen.** *Virch. Arch. CXXX. Heft 3.*

Z. beobachtete einen (analog seinem 1889 beschriebenen) Fall, bei dem neben Herabsetzung der Sensibilität für alle Gefühlsqualitäten im Bereich des III. Astes des rechten Trigeminus (Kinn, Zähne, Schläfe, Zunge) völlige Lähmung der rechtsseitigen Kaumuskeln mit Verlust der elektrischen Erregbarkeit und erheblicher Atrophie des Temporalis zu constatiren war. Am vorderen Theil der rechten Zungenhälfte ist die Geschmacksempfindung sehr mangelhaft, an einigen Stellen ist sie aufgehoben. Die Geschmacksempfindung für die Zungenspitze verläuft daher beim Menschen durch den III. Trigeminusast zum Gehirn.

A. ROSENBERG.

64) **Lange** (Rostock). **Ueber Zungenbewegungen.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 46. H. 3. 1893.*

Da beim Hunde die Anordnung der von aussen an die Zunge herantretenden Muskeln und der Aufbau der Zungensubstanz im wesentlichen derselbe ist wie beim Menschen, so überträgt L. seine an Hunden durch directe elektrische Reizung der Zungenmuskeln bezw. -Nerven gewonnenen Resultate auf den Menschen. Danach ist der Vorwärtsstrecker der Zunge der M. genio-glossus. In geringem Grade vermag auch der M. genio-hyoideus die Zunge hervorzustrecken. Zurückgezogen wird die Zunge durch den M. hyo-chondro- und styloglossus. Das Anpressen der Zunge an den Mundboden besorgt der M. genio-glossus, der Seitenrand der hinteren Zungenhälfte wird vom M. hyo-glossus herabgezogen. Das Emporheben und die Annäherung an den harten Gaumen besorgen die Mm. mylohyoidei. Die seitliche Abziehung der Zunge wird bedingt durch den M. genio-glossus nur dann, wenn sie hervorgestreckt ist, während die seitlichen Bewegungen innerhalb der Mundhöhle durch die Mm. stylo-hyo-chondro- und palatoglossi bewirkt werden. Die Verschmälerung der Zunge wird durch die selbständigen transversalen Fasern, die Verkürzung durch die Längsmuskulatur besorgt.

SEIFERT.

65) **Jurkewisch. Monoplegie des Gesichts und der Zunge in Folge der Verletzung der Centralwindungen. (Monoplegia liza i jasika wsledstwie peranenia zentralnich mosgowich is wilin.)** *Med. obosr. 1893. No. 11.*

Nach einer Hiebverletzung rechterseits linksseitige Lähmung des N. facialis et hypoglossus. Section: Scharfe Schnittwunde, die blos die Rindenschicht durchtrennt und horizontal von vorn nach hinten durch die Mitte des unteren Drittels der beiden Centralwindungen geht.

LUNIN.

66) **Ciaglinski** und **O. Hewelke** (Warschau). **Ueber die sogenannte schwarze Zunge.** *Zeitschr. f. klin. Medicin. XXII. 1893.*

Der plötzlich aufgetretene schwarze Fleck in dem von den Verff. beobachteten Falle schwand unter Anwendung von starker Boraxlösung zu Mundspülungen in 2 Tagen. Sie machen für manche Fälle einen Schimmelpilz verantwortlich für die Entstehung dieses Leidens, den sie Mucor niger nennen und schlagen die Benennung: Mycosis linguae mucorina nigra s. nigrities mucorina linguae vor. (Wird wohl wenig Anklang finden. Ref.) A. ROSENBERG.

67) **O. Spehlmann. Ein Beitrag zur Kenntniss der Lingua geographica.** Aus Unverricht's Gesammelte Abhandlungen aus der med. Klinik zu Dorpat. Wiesbaden, Bergmann. 1898.

S. berichtet über 22 Fälle dieser bei Kindern nicht sehr seltenen Affection. Vier Zungen konnten histologisch untersucht werden. Die Veränderungen bestehen in einer Infiltration des Bindegewebes des Papillarkörpers und des Epithels mit Exsudatbildung in den oberen Schichten des Rete Malpighi, mit Abstossung der Hornhaut. Die Affection ist als eine chronisch verlaufende wandernde Desquamation der Epithelien zu betrachten, bei der die Therapie machtlos ist. SCHECH.

68) **E. Rose** (Berlin). **Ein Todesfall nach Zungenentzündung.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1893. No. 48. Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 48.*

Es handelte sich um eine Glossitis, welche Theilerscheinung einer schweren Allgemeininfection war. Die 58jährige Kranke starb 3 Tage nach Spaltung des Zungenabscesses, der sich nicht wieder gefüllt hatte. Die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre war nur leicht ödematös. Es scheint sich um einen ungewöhnlichen Fall von Aphthen oder Mundseuche gehandelt zu haben. Die Kranke stammte aus einem Orte (Rixdorf bei Berlin), in welchem die Mundseuche epidemisch herrscht. LANDGRAF.

69) **G. Pianese** (Neapel). **Eine auf der Zungenspitze hydrocephalischer Kinder beobachtete Läsion. (Una lesione riscontrata alla punta della lingua in bambini idrocefalici.)** *Gazz. degli Osp. 11. Juli 1893.*

Es handelt sich um einen nekrotischen Flecken traumatischen Ursprungs, und zwar entstanden durch Reibung gegen zu spitze Schneidezähne, der bei drei hydrocephalischen Kindern beobachtet wurde. TOTI.

70) **Lecocq** (Wasmes). **Zungentuberculose. (Tuberculose linguale.)** Cercle Med. Borain. — *Annal. Médico-chir. No. 12. 1893.*

L. theilt vier Fälle von Zungentuberculose mit und kommt zu dem Schlusse, dass:

1. die primitive Verschwärung nicht nur möglich, sondern sogar nicht einmal so selten ist;
2. dass die bakteriologische Untersuchung für die Diagnose absolut nothwendig ist;

3. dass tiefe Cauterisationen nach vorausgeschickter sorgfältiger Auslöffelung und mit nachfolgender Jodoformperubalsambehandlung, verbunden mit häufigen antiseptischen Ausspülungen, Anspruch auf Heilung der tuberculösen Erscheinungen machen dürfen. BAYER.

71) **Hicquet** (Brüssel). **Ein Fall von Zungensyphilis. (Un cas de syphilis de la langue.)** *La Policlinique. No. 6. 1893.*

Gummata der Zunge bei einem 20jährigen Schneider, welche durch Darreichung von Jodkali rasch zur Heilung gelangten. H. führt die Ansteckung auf die früheste Kindheit zurück mit Ausschluss von Heredität. BAYER.

72) **G. Lewin** (Berlin). **Psoriasis syphilitica linguae.** *Berlin. klin. Wochenschr. 1893. No. 39.*

Vorstellung eines 28jährigen syphilitischen Patienten, welcher auf der Zunge papulöse Erhabenheiten mit weissgrauer schuppenartiger Oberfläche zeigt.

LANDGRAF.

73) **J. Mariani** (Rom). **Intravenöse Sublimateinspritzungen bei Zungensyphilom und syphilitischer Bronchialstenose. (Iniezioni endovenose di sublimato in un caso di sifiloma della lingua e in una stenosi bronchiale.)** Aus einer Vorlesung Baccelli's. — *Gazz. med. di Roma. 1893. No. 13.*

In beiden Fällen waren die gewöhnlichen Behandlungmethoden vergeblich versucht worden. Der erste heilte nach 24 Einspritzungen von 5 mg, der zweite nach 6 von 1 mg und 6 weiteren von 5 mg. TOTI.

74) **J. Herzfeld** (Berlin). **Zur Lehre von den angeborenen Zungentumoren.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 46.*

H. beobachtete bei einer 52jährigen Frau eine kleine 1 cm lange, $^2/_3$ cm breite und ebenso hohe Nebenzunge, die in der Medianebene dicht vor der Stelle, wo sonst die mittelste Papilla circumvallata liegt, ihren Ursprung hatte.

LANDGRAF.

75) **Gleich** (Wien). **Angeborenes Cavernom der Zunge, welches sich zur Entwicklungszeit zu einer grossen Geschwulst der linken Zungenhälfte vergrössert hatte. Unterbindung beider Arteriae linguales. Schrumpfung des Tumors. Excision. Neuerdings Auftreten von Cavernomknoten an der Zunge und Lippe.** Demonstrirt in der Ges. d. Aerzte in Wien am 26. Mai 1893. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 22.*

Es soll neuerdings operirt werden. CHIARI.

76) **Sendler** (Magdeburg). **Multiple cavernöse Angiome der Zunge.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 36. Bd. 5. u. 6. H.*

Der 1. Fall betraf einen 16jährigen Jungen, bei dem 5 cavernöse Angiome von verschiedener Grösse an der Oberfläche der Zunge ihren Sitz hatten. Der 2. Fall war dem ersten nahezu gleich.

Operation der Geschwulst mit der Scheere, Naht. Heilung. SEIFERT.

77) **Riehl** (Wien). **Angiom der Zunge.** Demonstrirt in der Gesellschaft d. Aerzte in Wien am 27. Januar und 17. Februar 1893. — *Wiener klin. Wochenschr. 1893. No. 5 u. 8.*

Der 42jährige Mann trägt die Geschwulst seit seiner Geburt; jetzt nimmt sie die linke Hälfte der Zunge ein. Der Zungenrücken trägt $^1/_2$—1 cm hohe Papillome, die sich als reine Angiome auch histologisch erweisen; die Punction des Zungentumors ergab Blut. Später operirte Billroth den Fall und schnitt einen Keil aus der Geschwulst aus. Dieses Stück zeigte histologisch den Bau eines cavernösen Angioms.

CHIARI.

78) **A. Pombrak. Ein Fall von Papillomatosis linguae. (Slutschai papill. ling.)** *Med. obosr. 1893. No. 5.*

Bei einem 37 Jahre alten Patienten (starker Raucher) war die ganze obere Fläche der Zunge bedeckt mit kleinen von stecknadelkopf- bis linsenkorngrossen Wärzchen. Die Farbe dieser Wärzchen war die der normalen Zunge. Zwischen den Wärzchen sieht man kleine, gleichsam narbige Vertiefungen. Pat. leidet an Speichelfluss. Die Krankheit begann nach einer Verletzung der Zunge vor etwa 6 Jahren. Die Wunde heilte sehr langsam; um die Narbe begannen solche Wärzchen aufzutreten und verbreiteten sich über die ganze Zunge. Verf. hält diese papillomatöse Neubildungen für hypertrophische Papill. fungiformes.

LUNIN.

79) **Bouleugier** (Brüssel). **3 klinische Fälle von Affectionen der Zungenmandel. (Trois exemples cliniques d'affections de l'amygdale linguale.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1893.*

Der 1. Fall ist eine einfache Hypertrophie der rechtsseitigen Zungenmandel, die einen hartnäckigen, quälenden Husten veranlasst hatte.

Der 2. Fall betrifft eine Periamygdalitis lingualis mit Abscedirung im Gefolge einer phlegmonösen doppelseitigen Periamygdalitis mit Ausgang in Eiterung, Incision.

Im 3. Fall handelt es sich um eine Amygdalitis lingualis hyperplastica syphilitischer Natur.

BAYER.

80) **O. Seifert** (Würzburg). **Die Pathologie der Zungentonsille.** *Arch. f. Laryngolog. u. Rhinolog. 1893. I. 1.*

Eingehende, die gesammte Literatur dieses Gegenstandes berücksichtigende Besprechung der verschiedenen Erkrankungen der Zungenmandel:

1. Varicen; subjective Beschwerden machen sie nur, wenn sie sehr stark entwickelt sind; Blutungen aus den Venen sah S. nie.
2. Acute Entzündung der Zungentonsille.
   a) Tonsillitis praeepiglottica acuta (im engeren Sinne); sie entsteht durch Verletzung oder ist der Angina analog oder secundär im Anschluss an eine Stomatitis, Pharyngitis acuta oder Angina.
   b) Tonsillitis praeepiglottica follicularis acuta; tritt gewöhnlich secundär auf.
   c) Tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa.

3. Hypertrophie der Zungentonsille.

Aus diesem Kapitel sei hervorgehoben, dass bei der Hypertrophie der Zungentonsille der Sitz der Beschwerden von der Mehrzahl der Kranken genau angegeben werden kann; sie bezeichnen als denselben die seitlichen Partien der Zungenbeingegend, etwa die der Zungenbeinhörner.

Atrophie findet sich bei Syphilis und wohl auch bei Tuberculose.

4. Soor.

5. Mycosis pharyngis leptothricia. Erwähnung seiner Impf- und Culturversuche, sowie eines Falles von acuter Pharyngomycosis.

6. Pharyngomycosis sarcinica kommt bei schweren marantischen Zuständen zur Beobachtung.

7. Aspergillusmycose ist an der Zungentonsille noch nicht beobachtet worden.

Auf Details dieser sehr ausführlichen Abhandlung kann in einem Referat nicht eingegangen werden; Interessenten werden auf das Original verwiesen.

A. ROSENBERG.

81) **D'Espine** und **Marignac** (Genève). **Ueber die Streptokokken der acuten, nicht diphtheritischen Anginen.** Kleiner Vortrag. Ref.: *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 14. 1893.*

Aus dem Blute eines und aus dem Pharynxbelag eines zweiten Scharlachkranken haben Vff. einen Streptococcus gezüchtet, der sich vor den gewöhnlichen Streptococc. pyogenes und erysipelatis durch einige specifische Charaktere unterscheidet. — Bei einfachen Anginen, lacunaris, diphtheroides fanden sie bald Strept. long. pyogenes vulg., bald einen Strept. brevis, welch' letzterer durchsichtige Culturen auf Kartoffeln bildet. Marot fand ebendenselben in einer grossen Anzahl einfacher Anginen, und Vff. glauben, die beiden Kokken seien jeder allein oder gemischt die wahren Urheber der einfachen acuten Anginen.

JONQUIÈRE.

82) **Boulengier. Einige praktische Betrachtungen bezüglich der Anginen. (Quelques considérations pratiques à propos des angines.)** *La Presse Méd. Belge. No. 31. 1893.*

B. theilt folgende Beobachtungen mit:

1. Einen Fall von Angina pseudomembranacea simpl. non diphtheritica, hervorgerufen durch Streptokokken.
2. Eine Angina pseudomembranacea simpl. im Verlauf secundärer Syphilis.
3. Eine Angina non diphtheritica bei einem Syphilitischen mit verfrühten tertiären Symptomen (gummatöse Infiltration des Gaumensegels $2^1/_2$ Monate nach einem syphilitischen Schanker!).
4. Eine Stomatitis und Pharyngitis leptothritica bei einem Reconvalescenten von einer Pleuropneumonie.

B. knüpft an diese Fälle differential-diagnostische Bemerkungen und schliesst mit dem Wunsche, dass die Regierung den Aerzten Serumculturröhren zur Verfügung stellen solle und ein Laboratorium für Hygiene und Bakteriologie zum Gebrauche aller Praktiker einrichten möge.

BAYER.

83) **Larnelle. Einige praktische Betrachtungen bezüglich der Anginen. (Quelques considérations pratiques à propos des angines.)** *La Presse Méd. Belge. No. 40. 1893.*

L. macht einen Bericht über den vorstehenden Artikel von Boulengier, der in No. 31 der „La Presse Méd. Belge", 1893, erschienen ist. BAYER.

84) **Perigord. Ein Fall von infectiöser Angina. (Un cas d'angine infectieuse.)** *Limousin médical. Août 1893.*

In Folge einer Erkältung bekam das 19jährige, sonst gesunde Mädchen einen Abscess der linken Tonsille. Der Arzt hielt es nicht für indicirt, zu operiren und verschrieb bloss locale und allgemeine Antiseptica, sowie Chinin. Am folgenden Tage ging der Abscess spontan auf, aber nach einer kurzen Erleichterung wurde Pat. am Abend desselben Tages von acuten cerebralen Symptomen mit Beschleunigung des Pulses und allgemeiner Hyperästhesie ergriffen. Allmälig verschlimmerte sich dieser Zustand bis zum Exitus letalis, der am 3. Tage im Coma eintrat.

Bei der Section wurden die Meningen congestionirt und die sub-arachnoidealen Räume, sowie die protuberantielle Partie voll Eiter gefunden. Nichts Abnormales in den anderen Organen. Die Angina phlegmonosa war also der Ursprung einer acuten letalen Infection geworden.

Daraus schliesst Verf., dass eine Rachenentzündung, wie sie sich auch anfangs verhalten möge, zu eitrigen Complicationen (Otitis, Meningitis, Endocarditis) Anlass geben kann; in Anbetracht dieses Umstandes solle die Prognose unter solchen Verhältnissen stets mit Reserve gestellt werden. LUC.

85) **Perrin. Künstlich erzeugte pseudomembranöse Angina. (Angine couenneuse provoquée.)** *Archiv. de méd. et de chirurgie militaires. Sept. 1893. p. 245.*

Es handelt sich hier um Fälle von pseudomembranöser Angina, die simulirende Soldaten bei sich selbst zu erzeugen vermochten, indem sie sich Cantharidenpulver in den Rachen mittelst des vorher befeuchteten Fingers oder durch Insufflation einführten und gleich darauf einen Schluck Wasser zu sich nahmen. In Folge dessen entwickelte sich auf der Rachen- und Mundschleimhaut eine pseudomembranöse, der Diptherie sehr ähnliche Entzündung, die sich (ausser durch die bakteriologische Untersuchung) von der letzteren nur durch den Mangel an allgemeinen Symptomen und an Schwellung der Halsdrüsen unterscheiden liess.

LUC.

86) **Francotte** (Liége). **Ueber die Resina Guajaci bei der Behandlung der Angina catarrh. acut. et subacut. (De la résine de Guajac dans le traitement de l'angine catarrhale aiguë et subaiguë.)** Analyse von Dr. Beerens. *Annal. et Bulletin de la Société de Méd. de Gand. 1893.*

F. liess zuerst 40—60 cg pro die in Pulverform nehmen (℞: Resin. Guajac. 0,10, Sacch. lact. et Gum. arab. ana) mit der Empfehlung, das Pulver im Munde vergehen zu lassen; jetzt lässt er Pastillen von 10 cg machen und 4 bis 6 täglich nehmen. — Das Mittel macht zuerst ein Gefühl von Wärme und

Prickeln im Munde; der Schmerz nimmt ab, und häufig in weniger als 24 Stunden constatirt man eine Verminderung, ja Aufhören der entzündlichen Röthe.

BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

87) **Ch. H. Ali Cohen** u. **W. Schutten** (Groningen). **Beitrag zur Kenntniss des Diphtherie-Bacillus. (Eene bijdrage tot de kennes van den diphtheriebacil.)** Vierter niederl. Congress f. Naturwissenschaft u Medicin. Groningen 1893. Verhandlungen Haag, H. L. Smits, 1893. S. 865

Beinahe alle Autoren, welche sich mit der Lehre von der Aetiologie der Diphtherie beschäftigen, betrachten den Klebs-Löffler'schen Bacillus als den Krankheitserreger; Alle betrachten die oft zugleich anwesenden Streptokokken als einen unwesentlichen Nebenbefund. Die Verfasser haben gefunden, dass der Klebs-Löffler'sche Bacillus, unter gewissen Verhältnissen ausserhalb des Thierkörpers gezüchtet, derart modificirt werden kann, dass die Culturen nur noch typische Streptokokken enthalten. Man darf nun die Möglichkeit nicht ausschliessen, dass ein solcher Uebergang (von Diphtheriebacillen in Streptokokken und umgekehrt) im menschlichen Organismus auch stattfinden kann. Die Verff. sehen die herrschende Meinung, dass die Streptokokken neben den Diphtheriebacillen immer nur eine accidentelle, secundäre Infection sein sollten, als nicht berechtigt an.

H. BURGER.

88) **Goldscheider** (Berlin). **Bakterioskopische Untersuchungen bei Angina tonsillaris und Diphtherie.** Aus der Klinik von Prof. Leyden. — *Zeitschr. f. kl. Medizin. XXII. 1893.*

Untersuchung von 40 Fällen von Angina; 2 ohne Belag, 29 mit Belag, 4 bei Scharlach, 5 Diphtherie. Bei der ersten Gruppe gingen in Cultur nur Staphylokokken auf, bei der zweiten manchmal nur Staphylokokken oder aber neben ihnen Streptokokken oder schliesslich nur die letzteren. Klinisch unterscheidet sich die Staphylokokken- von der Streptokokkenangina nur dadurch, dass letztere eine längere Behandlung benöthigte (12,6 : 9,2 Tage) und den Belag länger sehen liess. Die gemischten Formen zeigen eine längere Behandlungsdauer (13 Tage), und der Belag war etwas länger sichtbar. Damit soll nicht gesagt sein, dass diese Kokken eine sichere ätiologische Rolle spielen.

Fünfmal fanden sich Diphtheriebacillen, und zwar einige Male auch in Fällen, die klinisch nicht das ausgesprochene Bild der Diphtherie boten; 1 mal konnten noch am 7. Tage nach Verschwinden des Belags Diphtheriebacillen in der Mundhöhle gefunden werden. — Der Pseudodiphtheriebacillus fand sich in $^1/_5$ der Fälle von Angina. Möglicherweise haben sie einen Einfluss auf die Temperaturerhöhung, da sie sich in 3 von 4 fieberhaften Fällen von Streptokokkenangina nachweisen liessen.

Die Streptokokken- und Staphylokokkenangina liess sich nicht übertragen, die Impfung brachte überhaupt keine Veränderung hervor.

A. ROSENBERG.

89) **Escherich** (Graz). **Die Aetiologie und Pathogenese der Diphtherie.** Aus: „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften" redigirt von Drasche in Wien. — *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 47, 48.*

Tüchtig geschriebener, übersichtlicher Artikel über den Gegenstand, der sich aber zur kurzen Besprechung nicht eignet; bringt nichts Neues.

CHIARI.

90) **Ritter** (Berlin). **Die Aetiologie und Behandlung der Diphtherie.** Vortrag, gehalten in der Section der Kinderheilkunde der 65. Naturf.-Vers. zu Nürnberg. — *Deutsche medic. Wochenschr. 1893. No. 45. Münchn. med. Wochenschr. 1893. No. 43.*

Das Autoreferat des Vortragenden lautet:

1. Der Klebs-Löffler'sche Bacillus ist in jedem länger beobachteten Falle von Diphtherie nachgewiesen.

2. Ohne Vorkommen von Diphtheriebacillen entstehen in Folge von chemischen und thermischen Einwirkungen und im Anschluss an acute Infectionskrankheiten fibrinös-exsudative Processe, die das klinische Bild des echten Croup darbieten.

3. Der Bacillus siedelt sich auf der Oberfläche der in Frage kommenden Schleimhäute an und bewirkt eine äusserst heftige entzündliche Reizung, auf welche das Schleimhautgewebe des Kehlkopfes und die Luftröhre mit fibrinöser Exsudation reagirt, während sich die pflasterzellenbekleidete Mucosa des Rachens hochgradig zellig infiltrirt und nach Eindringen von Streptokokkenschaaren nekrotisirt wird.

4. Bei fortgeschritteneren Processen findet sich der Diphtheriebacillus auf der freien Oberfläche der Pseudomembranen, resp. dringt er in die oberste mortificirte Schicht des Schleimhautgewebes ein.

5. Ein sogenannter genuiner, d. h. primärer Croup, in dessen Verlauf sich Diphtheriebacillen finden, ist nie beobachtet worden.

6. Die Rhinitis fibrinosa kann gleich der Laryngitis und Tracheitis fibrinosa durch chemische und thermische Einflüsse bewirkt werden und als Folge von acuten Infectionskrankheiten entstehen. Doch giebt es auch eine primäre Rhinitis fibrinosa, in deren Auflagerungen verschiedene Mikroorganismen nachweisbar sind, welche zwar unter Umständen auf lädirten thierischen Schleimhäuten ein Faserstoffgerinsel hervorrufen, die aber mit keinerlei Sicherheit für die Aetiologie in Anspruch genommen werden können. Der Diphtheriebacillus steht in keinerlei Beziehung zur primären Rhinitis.

7. Die echte Scharlachangina ist eine Kokkenkrankheit. Im weiteren Verlauf kommt es manchmal zu einer secundären Diphtherie-Infection.

8. Eine Therapie erreicht nur im ersten Beginn der diphtheritischen Erkrankung einen sicheren Erfolg.

9. Zu diesem Zweck sind bei der morgendlichen und abendlichen Mundtoilette kleiner Kinder jedesmal die Mandeln und der Rachen zu inspiciren.

10. Die Resultate der Serumtherapie sind bisher negative, doch ist zu hoffen, dass ihr noch eine Rolle vorbehalten ist.

11. Vorläufig muss der Ursprungsherd auf den Tonsillen sofort mechanisch entfernt und andauernd antiseptisch behandelt werden. SCHECH.

91) **Schrank** (Wien). **Vorschlag betreffend die Anzeigepflicht bei Diphtherie.** *Allg. Wien. med. Zeitung. 1893. No. 34.*

Schr. räth, die in New York seit 1 Jahre eingeführte obligate bakteriologische Probe auch in Wien anzuordnen. Nämlich die Apotheker erhalten Eprouvetten mit sterilisirter Rinderserum-Bouillon, auf welches Medium dann die Aerzte in jedem Falle von Angina mit Belag etwas von dem Belag zu impfen haben. Die Eprouvette kommt dann wieder an den Apotheker, der sie dem Gesundheitsamte überschickt. Dieses wieder untersucht nach 12 Stunden die Cultur. Dadurch wird es möglich, auch zweifelhafte Fälle schon sehr früh zu diagnosticiren.

CHIARI.

92) **A. Bryan. Eine Untersuchung über die Ursachen der Diphtherie-Mortalität nebst einigen Rathschlägen betreffend die Behandlung. (An inquiry into the causes of the mortality of diphtheria and some suggestions with reference to the treatment.)** *University Med Magazine. April 1893.*

B. hält die grosse Diphtheriesterblichkeit für bedingt zum grossen Theile durch die Anwendung des Alkohols und des Sublimats seitens der Aerzte; sonst enthält der Artikel nichts Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **Feer** (Basel). **Echte Diphtherie ohne Membranbildung unter dem Bilde der einfachen Catarrh-Angina.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 8. 1893.*

Eingangs hebt Verf. hervor, dass es, abgesehen von der Scharlachangina, membranöse Pharyngitiden giebt, welche, trotzdem sie ganz wie Rachendiphtherie aussehen, keine Diphtheriebacillen aufweisen, und dass sich oft der genuine Croup ebenso verhält, und dass diese Formen meist günstig verlaufen. Andererseits gebe es auch nicht ganz selten folliculäre Angina mit Klebs-Löffler'schen Bacillen, also diphtheritische lacunäre Anginen.

Er beobachtete nun im Verlaufe einer Diphtherie-Epidemie im Kinderspital von Basel, welche aus 6 bacillären, membranbildenden, worunter 4 mit Tod ablaufende Fällen bestand, zwei Fälle, die wie eine gewöhnliche fieberhafte Angina leicht verliefen, aber durch Nährboden- und Thierimpfungen Löfflerbacillen ergaben. Bei diesen fanden sich jedoch die Bacillen nur in geringerer Zahl, und die Culturen gediehen nie zu geschlossenen Rasen (Löffler'sches Blutserum).

Ferner erwiesen während der gleichen Epidemie zwei fieberhaft verlaufende membranöse und vier folliculäre Anginen nur eine besondere, nicht näher beschriebene Art von Kokken.

Auch fand er in denselben Kinderzimmern, von denen die Epidemie ausgegangen war, bei einigen nicht halskranken Kindern Diphtheriebacillen im Tonsillenbelag.

Verf. schliesst also auf sehr verschiedengradige Disposition der Menschen für Diphtheritis und ermahnt, gleiche Untersuchungen auch an Gesunden in Privathäusern vorzunehmen, wo Fälle von Diphtherie vorgekommen sind.

Der interessante Aufsatz macht den Eindruck, dass die bakteriellen Untersuchungen und auch die Vorsichtsmaassregeln gegen die Verbreitung der Epidemie in kunstgerechtester Weise durchgeführt worden sind. JONQUIÈRE.

94) **F. W. Frankhauser. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **D. J. Tillotson. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **Kramer** (Asbach). **Erfahrungen über Diphtherie am Krankenbette.** *Der prakt. Arzt. 8. 1893.*

Empfehlung der Hydrotherapie: Schwitzcur mittelst Priessnitz'scher Einwicklungen. SEIFERT.

97) **W. Nikitin** (Petersburg). **Ein Fall von Laryngo-tracheo-bronchitis fibrinosa diphtheritischen Ursprungs. (Slutschai woloknannawo laryngo-tracheo-bronchita diphtherinawo prois hoschdenia.)** *Wratsch. 1893. No. 30.*

Der Fall betraf eine Erwachsene. Verlauf letal. Die bakteriologische Untersuchung ergab Diphtheritisbacillen. LUNIN.

98) **M. Pewsner** (Petersburg). **Bakteriologische Untersuchung eines Falles von Laryngo-tracheo-bronchitis diphtheritica. (Bacteriologitscheskoe issledowanie slutschaja woloknínnawo laryngo-tracheo-bronchita diphtheritnawo prois hoschdenia.)** *Wratsch. 1893. No. 31.*

Der vorhergehende Fall bakteriologisch untersucht. Verf. gelang es ziemlich leicht, Reinculturen zu erhalten durch Uebertragung erst auf Bouillon. Die Diphtheritisbacillen entwickeln sich an der Oberfläche, während die sie verunreinigenden Streptokokken niedersinken. Nimmt man mit der Oese einen Tropfen von der Oberfläche und streicht damit über Blutserum, so bekommt man Reinculturen. LUNIN.

99) **Hesse** (Leipzig). **Beiträge zur pathologischen Anatomie des Diphtherieherzens.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 1. 2. 1893.*

Die Wirkung der Diphtherie auf den Herzmuskel ist als eine echte Herzvergiftung aufzufassen. Nebenher gehen auch anatomische Veränderungen, welche später, wenn die Diphtherie überstanden ist, unter Umständen den Ausgangspunkt chronischer Herzkrankheiten bilden mögen (Myocarditis), aber mit dem diphtherischen Herztod haben sie vielleicht gar nichts zu thun. SEIFERT.

100) **Pégaitaz** (Bulle). **Osteomyelitis nach Diphtheritis.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 8. Genf 1893.*

Ein 8jähriges Mädchen hatte Diphtheritis gehabt. $1^1/_2$ Monate später fällt sie auf dem Eise auf den Ellbogen, erkrankt daselbst sofort an Osteomyelitis

nebst neuem Auftreten von Diphtheritis an den Lippen; trotz Operation am Knochen Tod. JONQUIÈRE.

101) **Glorieux** (Brüssel). **Diphtheritische Lähmungen. (Paralysies diphtéritiques.)** *La Policlinique. No. 10. 1893.*

G. theilt einige Fälle diphtheritischer Lähmungen mit und bespricht zu gleicher Zeit diese Affectionen in Bezug auf ihre Entstehung, Verlauf, Symptome und Therapie. BAYER.

102) **G. Edgren** (Stockholm). **Ueber einen Fall von halbseitiger Lähmung nach Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 36.*

Bei einem 10jährigen Knaben trat 3 Wochen nach Beginn der Diphtherie in anscheinend völliger Reconvalescenz eine typische rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie ein mit rechtsseitiger Anästhesie und vasomotorischen Störungen der rechten Extremitäten. Der Verf. nimmt eine Blutung in die innere Kapsel der linken Hemisphäre an. Die entsprechend der Seltenheit derartiger Fälle sparsame Literatur wird angeführt. LANDGRAF.

103) **J. M. Balliet** **Allgemeine Lähmung im Anschluss an Diphtherie. (General paralysis following diphtheria.)** *University Med. Magazine. April 1893.*

Zwei Brüder, im Alter von 3 resp. 4 Jahren, waren plötzlich mit Fieber und allgemeiner Apathie erkrankt; am nächsten Morgen befanden sich beide viel besser, doch hatten sie einen entzündeten Hals, und auf den Tonsillen zeigten sich Flecken, die aber eher an folliculäre Tonsillitis, als an Diphtherie denken liessen.

Zwölf Tage später entwickelte sich bei beiden Kindern Heiserkeit und Dysphagie und bei dem jüngeren trat schliesslich eine vollständige Lähmung beider Beine und Arme, des Halses und der Zunge auf. Die Nahrung wurde durch die Nase regurgitirt, die Stimme war vollständig geschwunden, Blase und Mastdarm zeigten Incontinenz: ausserdem bestand ausgesprochene Anästhesie an Armen und Beinen.

Bei dem zweiten Kinde waren an der Lähmung die Zunge, Arme und Beine betheiligt; die Sensibilität war nirgends herabgesetzt.

Unter faradischer Behandlung und Massage, bei Milchdiät und unter Anwendung von Strychnin wurden beide Pat. vollständig wiederhergestellt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Röll. Gegen Diphtherie.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 16. 1893.*

Will 20 Diphtheriefälle (?) geheilt haben durch innerliche Darreichung von 2proc. Myrrhentincturlösung, bei Tag stündlich, Nachts 2stündlich, dabei Gurgelungen von $^1/_2$ proc. Chloroformwasser, bei Kehlkopfdiphtherie Inhaliren der Myrrhentinctur. SCHECH.

105) **J. Braun** (Marienfeld). **Ueber die Behandlung der Diphtheritis mit Ferrum sesquichloratum.** *Allgem. Wiener med. Zeitung. 1893. No. 23 u. 24.*

B. lobt dieses Mittel sehr. Von der internen Anwendung in 2proc. Lösung sah B. keine Erfolge. Dagegen brachte die Bepinselung des Rachens mit Ferr.

sesquichlorat. 10,0, Unguent. Lanolini 20,0, wobei die Membranen abgestreift und die Salbe eingerieben wurde, den Vortheil, dass der Process local erlischt und sich nicht weiter verbreitet. Wichtig ist nach B. die frühzeitige Anwendung der Salben ohne Rücksicht auf den Widerstand der Kinder. 2—3mal täglich und auch öfter, wenn sich Membranen schnell nachbilden. Der Erfolg war ein glänzender, da nur wenige Kinder starben, während früher bis 40 pCt. derselben erlagen. CHIARI.

106) **Höring** (Stuttgart). **Pyoctanin gegen Diphtherie.** *Memorabilien. XXXVII. 8. 1893.*

Bericht über 110 mit Pyoctanin behandelte Fälle nach der schon früher in diesem Blatt besprochenen Methode (IX. Jahrg., S. 547). SEIFERT.

107) **Kasem-Beck** (Kasan). **Ueber die Behandlung der Malaria mit Methylenblau und dessen locale Anwendung bei Diphtherie.** *Centralbl. f. klin. Medicin. 25. 1893.*

Methylenblau wurde in wässeriger Lösung (1 : 9) 2—3mal täglich auf die erkrankten Stellen gebracht; zur Beförderung der Abstossung der diphtherischen Beläge 0,003—0,005 Pilocarpin gegeben. Der Verf. hat gute Erfolge gesehen bei Diphtherie des Rachens, des weichen Gaumens, des Schlundes und in 1 Falle des Kehlkopfes. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Trachea.

108) **B. Fraenkel. Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. I. Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. Heft 1.*

Nach einer eingehenden und sehr interessanten historischen Entwicklung des Begriffs „Glottis" und „Stimmband" kommt F. zu dem Resultat, mit dem Namen Stimmband den ganzen Stimmkörper zu belegen und nicht einen Theil desselben. Alsdann schildert er unter Beigabe ausgezeichneter Lichtdrucktafeln, die die Photographien von Serienschnitten des ganzen Kehlkopfs getreulich wiedergeben. die anatomischen Details der Stimmbänder.

Die Grenzen des Stimmbandes verlegt er nach hinten in das hintere Ende des Proc. vocal.; was medianwärts vorspringt über eine Ebene, welche durch die unterhalb des Stimmbandes in die Trachealwand übergehende und oberhalb derselben die äussere Wand des Ventrikels bildende Fläche gelegt ist, ist das Stimmband.

Der freie Rand des Stimmbandes erscheint auf Schnitten nicht scharf, sondern wie eine rundliche Kante.

In horizontaler Richtung zerfällt das Stimmband in mehrere Abschnitte.

Vorn ist der Sesamknorpel eingelagert. in dem F. häufig, zuweilen aber keine unzweifelhaften Knorpelzellen fand. Der hyaline Proc. vocal. trägt eine

Kapsel von Netzknorpel, der seinerseits in das elastische Fasergewebe übergeht; diese Uebergangsstelle entspricht dem Gewebe, aus dem der grösste Theil des vorderen Sesambeins aufgebaut ist. Der hintere Theil des Stimmbandes zerfällt also in eine dem Netzknorpel entsprechende Pars ad process. elasticum und die dem hyalinen Knorpel angehörige Pars ad proc. hyalin. Der Netzknorpel macht sich laryngoskopisch manchmal als „Macula lutea“ bemerklich.

In der Mitte der Pars sesamoidea und der Pars ad processum befindet sich die Pars libera des Stimmbandes.

Der letzteren fehlt eine eigentliche Mucosa, das Epithel liegt abgesehen von einer zuweilen vorhandenen hyalinen Grenzschicht den fibrös elastischen Fasern unmittelbar auf; unter dem Epithel verlaufen zahlreiche Blutgefässe. — Die Pars sesamoid. und die ad process. haben eine dünne Mucosa aufzuweisen. Der Papillarkörper kann aber der Pars libera nicht abgesprochen werden; auf Frontalschnitten sieht man papillenartige Erhebungen des subepithelialen fibrösen Gewebes, welche in das Epithel hineinragen, während die Oberfläche des Epithels glatt darüber hinzieht. Sie beginnen dicht unterhalb des freien Randes und begleiten die untere Fläche eine Strecke weit. In der Mitte der Pars libera, wo die Papillen ihre höchste Entwicklung erreichen, greifen sie um den freien Rand herum auf die obere Fläche. Sie finden sich am Stimmband nur im Bereich des Plattenepithels. Auf Horizontalschnitten verschwinden sie fast gänzlich, so dass man es also weniger mit kegelförmigen Papillen als mit Leisten zu thun hat. Diese wirken den Zerrungen entgegen, die die Stimmbänder in Folge der tönenden Schwingungen zu erleiden haben.

Drüsen kommen an der oberen und unteren Fläche des Stimmbandes vor, und zum grossen Theil werden ihre unteren Acini von Muskelfibrillen umschlossen, so dass sie von letzteren ausgepresst werden. Sie liegen ca. 1,2 mm vom freien Rande; am hinteren Ende der Pars libera sieht man gewöhnlich eine demselben erheblich näher gelegene Drüse.

Auf mancherlei Details ist es hier nicht möglich einzugehen, dieselben müssen im Original studirt werden. A. ROSENBERG.

109) **B. Fraenkel** (Berlin). **Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. 2. Der Ventriculus Morgagni.** *Arch. f. Laryngol. u Rhinol. 1893. I. 2.*

Die laterale Wand des Ventrikels, die seitliche Kehlkopfwand, hat zur substantiellen Grundlage Züge von Muskelfasern, die vom Thyreoarytänoideus nach oben abgehen; ausserdem beherbergt sie zahlreiche Drüsen, die z. Th. mitten zwischen den Muskelfibrillen liegen, und dicht unter dem sie überziehenden Cylinderepithel adenoides Gewebe mit echten, auch subepithelialen Follikeln.

Von der Höhle des Ventrikels geht unter einem rechten Winkel der Appendix aus, dessen Durchmesser von oben nach unten und von vorne nach hinten gerichtet sind; seine Einmündungsstelle in die Höhle des Ventrikels liegt vorne und aussen und stellt eine schmale, nicht 1 mm breite Spalte dar.

Um die Gestalt des Appendix zur Anschauung zu bringen, sind ausgezeichnete photographische Nachbildungen von horizontalen Serienschnitten desselben beigegeben. Er stellt sich durch seinen ganzen Bau als von der Haupthöhle des

Ventrikels verschiedenes Organ dar; er zeigt ein zusammengesetztes System vieler kleinerer Buchten und Canäle, die höchstens einen gemeinsamen Ausführungsgang haben. Der Appendix wird von theils flimmerndem Cylinderepithel bekleidet, das darunter befindliche Bindegewebe ist von Rundzellen durchsetzt; an vielen Stellen findet sich auch adenoides Gewebe. Zahlreiche traubenförmige Drüsen münden in den Appendix. Er hat die Aufgabe, eine Flüssigkeit abzusondern, welche geeignet ist, die Stimmbänder geschmeidig zu erhalten; er hat eine ausgesprochene Aehnlichkeit mit der Tasche einer Tonsille.

A. ROSENBERG.

110) **R. Langerhans. Ueber die Veränderungen der Luftwege und der Lungen infolge von Carbolvergiftung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48* und *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 42.*

L. hatte in einem früheren Falle von Carbolsäurevergiftung neben bronchopneumonischen Veränderungen schwere Laryngitis und Tracheitis gefunden und sich die Sachlage so gedeutet, dass die Carbolsäure beim Schlucken in die Luftwege gelangt sei und die oben genannten Veränderungen bedingt habe. Durch zwei weitere Fälle, in denen neben denselben Herden in der Lunge nur geringe Erscheinungen von Laryngitis und Tracheitis sich darboten, ist er in seiner ersten Annahme irre geworden und stellt die Frage, ob jene Veränderungen nicht vielleicht Folge der resorbirten Carbolsäure seien.

LANDGRAF.

111) **Lecocq (Wasmes). Kehlkopfcomplicationen bei Masern. (Des complications laryngiennes de la rougeole.)** Cercle Med. Borain. — *Annal. Med. Chir. No. 3. 1893.*

L. hatte Gelegenheit bei einer schweren Masernepidemie die Kehlkopferscheinungen derselben zu studiren: schon im Incubationsstadium sind solche und zwar häufiger, viel intensiver und besonders hartnäckiger. Die Localbehandlung mit Adstringentien war vom besten Erfolg begleitet. Alle anderen Larynxerscheinungen sind Folgezustände und treten auf am 4., 5., 6., selbst 7. Tage nach dem Hervortreten der Eruption, und zwar unter den Erscheinungen acuter cat. Laryngitis mit Schwellung der Taschenbänder, so dass sie die Stimmbänder verdeckten, in einigen Fällen gar die Tracheotomie nothwendig machten, jedoch keine Membranbildung! Intralaryngeale Mentholölinjectionen ergaben überraschende Resultate.

BAYER.

112) **Schech (München). Ueber Laryngitis fibrinosa.** Vortrag bei der 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. Abdruck in *Wiener med. Presse. 1893. No. 40.*

Eine Erkrankung ganz analog der Bronchitis fibrinosa chronica, die Schech einmal beobachtet. Sch. entfernte die Membran öfters und fand an ihr zahlreiche Strepto- und Staphylococcen. Die Patientin, 48 Jahre alt, hatte alle 2 bis 3 Tage Athemnoth, die nach Aushusten eines weissen Klumpens wieder schwand. Die Krankheit dauerte circa 2 Monate und wurde durch Lapisätzung (10 pCt.) und Jodoformbestäubung behoben.

CHIARI.

113) J. Herzfeld (Berlin). **Ein Beitrag zur Lehre des primären Larynxerysipels.** *Virch. Arch. CXXXIII. 1. 1893.*

Bemerkenswerth sind in dem H.'schen Falle fleckenförmige Trübungen an der Epiglottis, die theilweise, ohne einen Defect zu verursachen, verschwanden, theilweise zu oberflächlichen (gut vernarbenden) Ulcerationen führten und die wahrscheinlich subepitheliale Exsudationen bezw. Ansammlungen lymphoider Zellen darstellen. A. ROSENBERG.

114) E. Schmiegelow (Kopenhagen). **Zwei Fälle von acutem Jodödem des Larynx.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Wegen einer möglicherweise auf syphilitischer Basis beruhenden starken Schwellung des r. Aryknorpels und Infiltration des r. Taschenbandes wird neben mercurialen Einreibungen Jodkali (5 : 200 3 mal täglich 1 Esslöffel) verabreicht. Nachdem Pat. 3 Löffel der Jodkalilösung genommen, stellt sich in Folge Oedems des Larynxeingangs hochgradige Athemnoth ein, die die Tracheotomie erforderlich macht. In einem zweiten Falle, in dem in Folge einer harten Infiltration der Gaumenbögen, der Uvula neben ödematöser Infiltration der Ligg. aryepigl., der Epiglottis und beider Aryknorpel und der Taschenbänder die Respiration stridulös war, steigerte sich nach Darreichung von Jodkali die Athemnoth zu bedenklicher Höhe. Das Aussetzen des Medicaments genügte aber zur Beseitigung der Erstickungsgefahr. A. ROSENBERG.

115) Sturmann (Schwetz). **Ueber Pachydermia laryngis.** Dissertation. Berlin 1893.

Die vorliegende Arbeit ist der erste Theil eines von der medic. Fakultät in Berlin preisgekrönten Aufsatzes: „Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis“, der nächstens vollständig zur Veröffentlichung gelangen wird, so dass wir ein Referat für später vorbehalten. SEIFERT.

116) Goris (Brüssel). **Pachydermie des Larynx. (Pachydermie du larynx.)** *La Presse Méd. Belge. No. 30. 1893.*

Es handelt sich um einen von G. in der Acad. Royale de Méd. am 25. Juni 1892 vorgestellten Fall, über den seinerzeit referirt wurde und der vollständig geheilt ist unter einer Behandlung von Inhalationen von Na.-benzoicumlösung zweimal täglich und wöchentlich zweimaliger Application von einer 20procent. Milchsäurelösung. BAYER.

117) Stepanow. **Zur Aetiologie des Scleroms.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1893. No. 1.*

St., dem es früher nicht gelungen war, an Thieren Sclerom zu erzeugen, impfte zuletzt Meerschweinchen, und zwar in die vordere Augenkammer. Das Resultat war ein positives, aber Stepanow kann das Problem einer experimentellen Erzeugung des Scleroms nicht als vollkommen gelöst betrachten, weil das Sclerom des Menschen eine ausschliesslich dem oberen Abschnitte der Athmungswege und einiger mit ihm verbundener Canäle und Höhlen eigene Krankheit und am Auge des Menschen noch nicht beobachtet sei, und weil das Sclerom des

Menschen eine ausserordentlich chronische Krankheit vorstelle, welche nur local typisch endet, während der Process in der Peripherie weiter schreitet. Die interessanten Details, denen eine Tafel mikroskopischer Abbildungen beigegeben ist, müssen im Original gelesen werden. SCHECH.

118) **C. Stoerk** (Wien). **Ueber die Kreosottherapie bei Tuberculose des Kehlkopfs und der Lungen.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2. Wiener med. Blätter. 1893. No. 47.*

„Der Glaube an die Wirksamkeit des Kreosots ist nicht nur falsch nach unseren physiologisch-chemischen und biologischen Vorstellungen, die Promulgirung desselben ist auch direct schädlich für alle jene bedauernswerthen Patienten, die im blinden Vertrauen auf dieses Remedium anceps ihre ohnehin geschwächte Nahrungsaufnahmefähigkeit durch den Kreosotgebrauch noch mehr herabsetzen, ja oft vernichten und so immer tiefer dem Siechthum verfallen." (? Vgl. hierzu Centralblatt VIII, p. 317 und X, p. 54. Red.) A. ROSENBERG.

119) **W. Schutter** (Groningen). **Larynxtuberculose behandelt mittelst partieller Larynxexstirpation. (Larynxtuberculose behandeld met partieele larynxextirpatie.)** Vierter niederl. Congress f. Naturwissenschaft u. Medicin. Groningen 1893. Verhandlungen Haag, H. L. Smits. 1893. S. 364.

Demonstration des Patienten. Der Fall ist in den „Annales des maladies de l'oreille du larynx etc." 1893 unter „Le nez et la bouche comme organes de la respiration" beschrieben worden. H. BURGER.

120) **Hajek** (Wien). **Tuberculöse Larynxtumoren.** *Internat. klin. Rundsch. 1893. No. 37 u. 38.*

Nach historischer, sorgfältig verfasster Einleitung giebt H. die Geschichte von 5 Fällen seiner Beobachtung. Sitz des Tumors war 2 mal das Stimmband, 2 mal die Epiglottis und 1 mal der linke Aryknorpel. In 4 Fällen wurden die Tumoren exstirpirt und histologisch und bacteriologisch als tuberculös erkannt; im 5. unterblieb wegen vorgeschrittener Phthise die Operation. Die Patienten waren meist über 50 Jahre oder nahezu 50 Jahre alt; 3 mal waren geschwulstförmige Degenerationen von ziemlicher Grösse vorhanden. Die Lungen waren alle deutlich tuberculös, der Schlusseffect der Behandlung nicht gleich; gewöhnlich traten bald Recidive auf. Jedenfalls sind diese Tumoren nicht immer Anfangsformen. CHIARI.

121) **Th. Heryng** (Warschau). **Die Electrolyse, ihre Anwendung bei Erkrankungen der Nase und des Rachens mit specieller Berücksichtigung der Larynxtuberculose.** *Therap. Monatsh. 1893. Januar, Februar.*

Nachdem H. das Wesen der Electrolyse sowie ihre Anwendungsweise besprochen und einige neue Electroden beschrieben, kann er sie für die Behandlung der Muschelhypertrophie nicht gerade empfehlen; auch bei Verkrümmungen und Exostosen gab sie ihm in einigen wenigen Fällen keine befriedigenden Resultate. In einem Falle von gefässreichem hartem Fibrom des Nasenrachens, der ganz

durch den Tumor ausgefüllt war, erreichte er eine Reduction der Geschwulst bis auf Erbsengrösse.

Für die Behandlung narbiger Stenosen des Larynx, bei der er den negativen Pol mit dem Schrötter'schen Zinnbolzen verband, während er die positive Electrode in den Nacken setzte, hat er die Electrolyse verlassen.

Mit Vortheil wandte er sie an in einem Falle von Laryngo-Rhinosclerom.

In einem Falle von Zungentuberculose erzielte er fast vollständige Ausheilung der tuberculösen Geschwüre mit starker Narbenbildung; trotzdem zeigte die mikroskopische Untersuchung dieses knorpelharten Gewebes in der Umgebung einige tuberculöse in der Muskelsubstanz liegende Herde.

Für die Larynxtuberculose ist die Electrolyse indicirt:

1) bei harten, diffusen, tumorähnlichen Infiltraten der Taschenbänder, um so mehr als ihre Entfernung durch das Curettement gefährliche Blutungen im Gefolge haben kann;
2) bei Chorditis tubercul. chron. ohne oder mit unbedeutender Geschwürsbildung.

Die Patienten müssen geduldig und mit endolaryngealen Eingriffen vertraut sein.

Die Electrolyse ist bei der Therapie der Larynxtuberculose ein Hülfsmittel neben der antiseptischen und chirurgischen Behandlung. A. ROSENBERG.

122) Z. Srebrny. **Die Galvanokaustik in der Therapie der Tuberculose der oberen Luftwege nebst Bemerkungen über den Werth der localen Behandlung der sog. Larynxphthise. (Zegadlo galwaniczne w leczeniu gruzlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartosci leczenia miejscowego t. z. suchot gardlanych.)** *Medycyna. 1893. No. 2, 3, 4, 5.*

Verf. hat in 11 Fällen von Larynxtuberculose, in einem Falle von Tuberculose der Mandeln und in einem Falle von Lupus nasi die galvanokaustische Behandlung angewandt und folgende Resultate erzielt. In 4 Fällen war der Erfolg befriedigend, während 1—3 Monaten, weiterer Verlauf unbekannt; 4 Fälle endeten letal, nach 6, 4, 6 und 10 Monaten. Fall 5 und 10 gehörten zur schwersten Form von Kehlkopf- und Lungenphthise. In den ersten 3 Fällen wurden Recidive im Kehlkopfe constatirt. Von den längere Zeit beobachteten 5 Fällen dauerte die Heilung in einem Falle $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, im zweiten 2 Jahre, im dritten 15 Monate, im vierten 9 Monate, im fünften 20 Monate.

Verf. wandte immer den flachen Brenner an und operirte erst nach Abfallen des Schorfes (nach 12—20 Tagen), bis eine glatte Narbe erzielt wurde. Die Schmerzen nach der Operation waren unbedeutend, ebenso wie die Entzündungsreaction. Verf. vergleicht die Galvanokaustik mit der chirurgischen Behandlung und glaubt, dass die letztere in keiner Weise die erste an Wirksamkeit übertrifft. Zu dieser Behauptung kommt Verf. auf Grund folgender Deductionen:

Die Zahl der operativen Eingriffe bei galv. Behandlung ist nicht grösser, als bei der chir. Behandlung. Der Schmerz nach galv. Behandlung war bei keinem Patienten bedeutend, dagegen in zwei Fällen, in welchen die Heryng'sche

Curette und in einem, in welchem die Krause'sche Doppelcurette angewandt wurde, waren die Schmerzen ziemlich heftig.

Oedeme hat S. in seinen Fällen nicht beobachtet, obwohl diese Complication von Heryng notirt worden ist. — Nach galvanokaustischer Behandlung kann keine Blutung stattfinden, dagegen nach chirurgischer Behandlung kann diese Complication auftreten. — Die im Kehlkopfe, Rachen oder Nase nach der chirurg. Behandlung gesetzten Wunden können von Aussen oder durch den Contact mit dem Sputum inficirt werden.

Trotzdem wendet S. die chirurg. Behandlung bei Infiltration der Ligam. ary-epiglottica an, weil er consecutive Besorgniss erregende Schwellungen nach galvanokaustischer Behandlung fürchtet.

Im zweiten Theil der Arbeit sammelt Verf. aus der ihm zugänglichen Literatur 148 Fälle, in welchen nach chirurgischen Eingriffen an verschiedenen tuberculösen Organen eine Miliartuberculose aufgetreten ist. Nach S.'s Meinung ist in keinem bisher publicirten Falle von endolaryng.-chirurg. Behandlung der Kehlkopfphthise diese schwere, gewöhnlich letal endende Complication beobachtet worden.

Zum Schluss der Arbeit giebt S. eine Beobachtung von selbständiger Ausheilung tuberculöser Ulcerationen im Kehlkopf. LUBLINER (HERYNG).

123) **A. Sokolowski** (Warschau). **Ein Fall von Lues hereditaria tarda laryngis. (Przypadek syfilim kotani dziedzicznego, pozno ujawnionego.)** *Gazeta lek. No. 37. 1893.*

Beschreibung eines diesbezüglichen Falles bei einem 15jährigen Mädchen, bei welchem Sublimat-Inhalationen und Sublimat-Pinselungen die Ausheilung der Geschwüre im Kehlkopf bewirkten. LUBLINER (HERYNG).

124) **F. J. Chamberlin. Recidiv in einem Falle von Epiglottis-Abscess. (Recurrence in a case of abscess of the epiglottis.)** *Virginia Medical Monthly. März 1893.*

Im November 1890 hatte der Pat. einen Abscess an der Epiglottis, der durch Incision entleert wurde, wobei 75 ccm Eiter herauskamen; danach gewannen diese Theile wieder ihr normales Aussehen. Im Juli 1892 kam der Pat. mit denselben Symptomen wieder in Behandlung und es fand sich an der Epiglottis dasselbe Bild wie beim ersten Male. Dieses Mal wurde nach der Entleerung des Eiters der Abscesssack mit der Kehlkopfscheere abgetragen und im Januar 1893 sah die Epiglottis wieder normal aus.

Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich keine Tuberkel; wahrscheinlich war der Abscess von dem Ausführungsgange einer submucösen Drüse ausgegangen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **C. E. Teets. Krankheiten der Sinus zwischen Zunge und Epiglottis und der Sinus pyriformes und ihre Behandlung. (Diseases and treatments of the glosso-epiglottic and pyriform sinuses.)** *North. Americ. Journal of Homoeopathy. Mai 1893.*

Diese Sinus beherbergen öfters Fremdkörper, Stückchen von Zwirnfäden,

die beim Nähen abgebissen sind, Borsten einer Zahnbürste, Gräten etc., die lange Zeit dort liegen bleiben, mehr oder weniger zum Husten reizen und häufig genug zu Ulcerationen Anlass geben. Die Entzündung kann sich dann auf benachbarte Theile ausdehnen, kann Laryngitis verursachen u. s. w. — Man soll die Fremdkörper mit der Zange entfernen und die Ulcerationen mit Höllensteinlösung 0,6 : 30 ätzen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **B. Fränkel. Demonstration einer exstirpirten Epiglottis.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 13.*

Die Exstirpation war von J. Israel durch die Pharyngotomia subhyoidea wegen Cancroids der Epiglottis nach Fränkel's Diagnose gemacht.

LANDGRAF.

127) **N. Simanowski** (Petersburg). **Rheumatische Entzündung des Crico-arytaenoid.-Gelenks. (Rheumatitscheskoje wospalenie tscherpalo-kolzo-widnawo sotschenia gortani.)** *Wratsch. 1893. No. 18–20.*

S. hat 3 Fälle von zweifelloser rheum. Entzündung des Crico-aryt.-Gelenks beobachtet. In allen 3 Fällen waren neben der Kehlkopf-Erkrankung auch andere Gelenke mit betheiligt. In einem Falle begann die Krankheit im Kehlkopf und später erst stellten sich Schmerzen und Schwellung in den anderen Gelenken ein; in den beiden anderen Fällen begann die Krankheit erst in den Gelenken der Extremitäten und erst am 4. und 12. Tage wurde der Kehlkopf in Mitleidenschaft gezogen. Die Symptome bestanden in Schmerzen beim Sprechen, Schlucken und beim Betasten von aussen, Heiserkeit, Schwellung und Oedem der Aryknorpelgegend, besonders an der Basis derselben und schwacher Beweglichkeit des Stimmbandes. Einmal war die Krankheit bilateral.

Die Behandlung bestand in Natr. salicyl. intern und Tinct. jodi von aussen. Mit dem Schwinden der Schmerzen in den Gelenken der Extremitäten schwanden auch die Schmerzen im Kehlkopf. Nach dem Aussetzen des Natr. salicyl. trat einmal ein Recidiv ein.

Auf die Entzündungen dieses Gelenks überhaupt zu sprechen kommend, meint Verf., es sei eigentlich zu verwundern, wie verhältnissmässig selten dieses Gelenk selbständig erkrankt, obgleich es so exponirt liegt und eine so grosse Arbeit zu verrichten hat. Ein Theil der Kehlkopfkrankheiten, die acut beginnen und mit Schwellungen und Oedem der Schleimhaut des Aryknorpels einhergehen, sind nach S. sicher auf Erkrankungen des Crico-aryt.-Gelenks zurückzuführen. (Vgl. hierzu Centralblatt X, p. 54. Red.)

Um die Lage des Aryknorpels bei der Entzündung des Gelenks zu studiren, präparirte S. dieses Gelenk ganz frei und spritzte mit einer Pravaz'schen Spritze etwas Flüssigkeit ins Gelenk. Am leichtesten gelingt dieses von der hinteren Fläche des Gelenks, etwas nach innen vom Muskelfortsatz. Auf diese Weise gelang es 0,1–0,2 Flüssigkeit ins Gelenk zu bringen. Dabei dehnt sich die Gelenkkapsel bedeutend aus, besonders nach hinten und innen, der Aryknorpel wird gehoben und der Proc. voc. macht eine leichte Bewegung nach oben und aussen.

Was die Diagnose betrifft, so ist dieselbe leicht in Fällen, wo auch andere Gelenke mitbetroffen sind, doch glaubt S., dieses Gelenk könne auch ganz allein

rheumatisch erkranken. Der Verlauf ist meist günstig, doch kann auch Ankylose des Gelenks eintreten. Es werden 2 Fälle von Ankylose des Aryknorpels angeführt, in denen S. eine rheumatische Gelenkerkrankung als Ursache der Ankylose annehmen musste. LUNIN.

128) **O. P. Bennett. I. Ankylose des Crico-arytaenoid-Gelenks. II. Congenitaler knöcherner Verschluss der hinteren Nase — 2 Krankengeschichten. (I. Anchylosis of the crico-arytenoid articulation. II. Congenital bony occlusion of the posterior nares — a report of cases.)** *Annals of Ophthalm. and Otolog. Januar 1893.*

I. Die Fixation des Crico-arytaenoid-Gelenkes ist ein sehr seltenes Vorkommniss; sie kann durch verschiedene Zustände verursacht sein, durch Chondritis, Perichondritis, Synovitis, Trauma. Manche nehmen an, dass sie auch durch den blossen Ausfall des Gebrauchs dieser Theile, z. B. bei der Kehlkopflähmung, hervorgebracht werden kann.

Die Diagnose ist schwierig, in manchen Fällen ist die Affection nicht zu unterscheiden von einer Lähmung der Abductoren oder Adductoren. Man kann die Diagnose mit Wahrscheinlichkeit stellen, wenn ein oder beide Stimmbänder fixirt sind und zugleich eine ausgesprochene Irregularität der Arytaenoidknorpel besteht oder des oberen Theiles des Cricoidknorpels und wenn die Anamnese dafür spricht.

In dem B.'schen Falle war das hauptsächlichste subjective Symptom die Heiserkeit. Die Therapie ist wirkungslos.

II. Die rechte Nasenseite war vollständig verschlossen. Die wahrscheinliche Ursache des Zustandes war eine excessive Entwicklung oder Hypertrophie des Vomer oder der Ossa palatina in Folge von Ueberernährung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **P. Heymann** (Berlin). **Verletzungen des Kehlkopfs.** *Berl. kl. Wochenschr 1893. No. 1.*

Vorstellung eines 30jähr., vor 24 Jahren tracheotomirten Patienten, und Erwähnung eines 1879 beobachteten Falles von Bruch der Ringknorpelplatte mit Ausgang in Heilung. LANDGRAF.

130) **Langier** (Paris). **Fractur des Kehlkopfs durch Strangulation.** *Soc. anat. et Bullet. Medic. 5 juillet 1893.*

Bei der gerichtlichen Sektion einer im Boulogner Wald ohne äusserliche Läsionen todt gefundenen jungen Frau, entdeckte L. eine Fraktur des Schildknorpels, parallel seinem vorderen Rande verlaufend. Auch bestand eine Fraktur des linken grossen Hornes des Zungenbeins. Während nur sehr leichte Blutunterlaufungen äusserlich zu beobachten waren, fand man bedeutende Blutergiessungen unter der Schleimhaut der supraglottischen Region des Kehlkopfs, sowie unter der Mucosa pharyngis. LUC.

131) **Thos. Stevenson u. William Carling** (London). **Ein Fall von Strangulation beim Erwachsenen in mörderischer Absicht mit ausgedehnter Fractsu der**

Kehlkopfs. (A case of homicidal strangulation in an adult with extensive fracture of the larynx.) *Lancet. 25. Februar 1893.*

Ausführlicher Bericht über den Fall nebst Sektionsprotokoll; dasselbe hat hauptsächlich für den gerichtlichen Mediciner Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

132) **Oliver Pemberton** (Birmingham). **Strangulation eines Erwachsenen in mörderischer Absicht mit ausgedehnter Fractur des Kehlkopfs. (Homicidal strangulation in the adult with extensive fracture of the larynx.)** *Lancet. 4. März 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber macht P. auf einen Fall aufmerksam, der dem obigen Falle Stevenson's sehr ähnlich ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

133) **W. J. Taylor. Bericht über einen Fall von Fractur des Schildknorpels. (Report of case of fracture of the thyroid cartilage.)** *Times and Register. 6. Mai 1893.*

Die Symptome bestanden in Dyspnoe, Dysphagie und Dysphonie. Die Untersuchung ergab eine Fraktur des Schildknorpels, die sich von oben nach unten in einer etwa dem Verlauf des Musc. thyro-hyoideus entsprechenden Linie erstreckte. Die Verlagerung war nur unerheblich. Es wurden Vorbereitungen für die Tracheotomie getroffen, doch erwies sich dieselbe als unnöthig.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

134) **M. Schaeffer** (Bremen). **Geheilte Kehlkopffractur.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 47.*

Sch. untersuchte im Juli 1889 einen 53jähr. Arbeiter, welcher im Jahre 1888 durch ein mit grosser Gewalt geschleudertes Stück Holz eine Spaltung des Kehlkopfs erlitten hatte und fand bei dem Manne in der Mitte der rechten Cart. thyreoidea eine leistenförmige Erhabenheit, welcher laryngoskopisch eine $^1/_2$ cm unterhalb des normalen und normal beweglichen Stimmbandes gelegene 2 mm breite scharfkantige, hart anzufühlende Leiste entsprach. Links fand sich auf dem Taschenband und der aryepiglottischen Falte ein Tumor, der, wie der Befund und der spätere Verlauf bewiss, ein Carcinom war. LANDGRAF.

135) **Schrötter. Fremdkörper im Kehlkopfe mit Perforation der Cartil. thyreoid. und Abscessbildung nach aussen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 51. 1893.*

Ein 19jähr. Mädchen hatte beim Brodessen eine 4 cm lange Stahlnähnadel geschluckt, die anfangs nicht gefunden wurde und einen Abscess am oberen Rande der linken Schildknorpelplatte zur Folge hatte, aus dem ein Esslöffel voll Eiter künstlich entfernt wurde. Schrötter fand später die Nadel, musste sie aber, weil sie nicht ganz zu entfernen war, zerbrechen und in zwei Stücken extrahiren. Die Nadel hatte sich wahrscheinlich durch starke Würgebewegungen so tief eingepresst und, was ein Unicum ist (Vgl. hierzu den Fall p. 437 dieser Nummer. Red.), den Knorpel durchbohrt. SCHEECH.

136) **Hopmann** (Cöln). **Submucöse Zerreissung des rechten Stimmbandes ohne Fractur durch Fall mit dem Kehlkopf gegen eine scharfe Kante bei Sturz von der Leiter.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

Titel deckt Inhalt.

LANDGRAF.

137) **Redactionelle Bemerkung. Behandlung der Verletzungen der Luftwege bei Durchschneidung des Halses. (Treatment of cut-throat wounds of the air-passage.)** *Therapeutic Gazette. 15. Februar 1893.*

Die ausserordentlichen Resultate, die Morris (London, Lancet, 24. December 1892) und andere Autoren mit der unmittelbaren Naht erzielt haben, und die ganze Lehre der modernen reinlichen Chirurgie stehen der Anschauung von der Heilung der penetrirenden Wunden durch Granulation so offenbar entgegen, dass selbst die Autorität der besten Lehrbücher den Chirurgen nicht mehr berechtigen dürfte, an der alten Therapie festzuhalten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **Koschier** (Wien). **Mittheilung über einen neuen Kehldeckelhalter.** *Wien. klin. Wochenschr. 1893. No. 17.*

K. beschreibt ein von Störk gebrauchtes Instrument; dasselbe ist eine federnde Klammer mit Seidenfäden, die mittelst einer Zange so angelegt wird, dass die Mitte des Kehldeckels gefasst wird. Das Instrument kann nach K. leicht angelegt und entfernt werden, verletzt nicht, wird gut vertragen und hilft sehr bei Operationen bei liegendem Kehldeckel.

CHIARI.

139) **Th. Heryng** (Warschau). **Eine drehbare Universaldoppelcurette für endolaryngeale Operationen.** *Therap. Monatsh. 1893. Juli.*

Sie besteht aus einem abgebogenen Nickelinrohr, in dem die verschiedenen Doppelcuretten mittelst einer Stellschraube fixirt werden, und zwar indem sie an einem in das Rohr eingeschobenen biegsamen, vorn mit einer Schraubenwindung versehenen Metalldraht angeschraubt werden. Das Instrument ist bei H. Windler, Berlin, käuflich.

A. ROSENBERG.

140) **X. Ein zerlegbarer und sterilisirbarer Kehlkopfspiegel.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1893. No. 42.*

Nach Angaben von Killian vom Instrumentenmacher Fischer in Freiburg i. B. angefertigt.

LANDGRAF.

141) **Palmer. Ein Kehlkopfpinsel. (A laryngeal brush.)** *N. Y. Med. Record. 24. Juni 1893.*

Der von P. empfohlene Pinsel hat die Haare nach oben gerichtet, so dass er beim Herausziehen einen Widerstand verursacht; er soll zur Entfernung stenosirender Membranen dienen. Man soll nach P. kein diphtherisches Kind in Asphyxie sterben lassen, ohne zuvor dies einfache Mittel zu versuchen.

LEFFERTS.

142) **Dundas Grant** (London). **Eine endolaryngeale Sicherheitszange. (A safety endolaryngeal forceps.)** *Lancet. 3. Juni 1893.*

Beschreibung der Zange, von der wir in unserem Blatte bereits Kenntniss genommen haben. MACKENZIE-JOHNSTON.

143) **Heubner** (Leipzig). **Ein Kehlkopfphantom zur Erlernung der Intubation.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 1. u. 2. 1893.*

Das Phantom besteht aus einer Flasche und einem geeignet zugeschnittenen Stück Kork, an welchem der aus der Leiche herausgeschnittene Kehlkopf so befestigt wird, dass die Lagerung der Theile möglichst genau derjenigen des Lebenden entspricht. Die Trachea (und Oesophagus) hängen durch die untere Oeffnung des Korkstücks in die Flasche herein, die Zunge wird etwas vorgezogen und mit Nadeln an der vorderen Kante des Korkstückes befestigt. SEIFERT.

144) **Demme. Kehlkopfschemata.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8. 1893.*

D. empfiehlt Kehlkopfschemata, die mittels eines Stempels in das Krankenjournal eingedruckt werden können; sie stellen vor den Kehlkopf in Respirations- und Phonationsstellung, ferner den Nasenrachenraum resp. das Choanenbild. Zu beziehen durch C. Homuth, Berlin, Stralauerstrasse 43. SCHECH.

f. Schilddrüse.

145) **Sickingen. Zur operativen Behandlung der Struma bei der Basedow'schen Krankheit.** Dissert. Strassburg 1893.

S. giebt einen ausführlichen interessanten Krankenbericht aus der chirurg. Klinik in Strassburg. Der Erfolg der Operation war zu Anfang sehr gering, nach der Operation vielmehr heftige Beschwerden, Dyspnoe, hohe Pulsfrequenz, erhöhte Athemfrequenz bis zu 60 Zügen, Rasselgeräusche auf der rechten Lunge, Unmöglichkeit zu expektoriren, grosses Angstgefühl. Später ging wohl der Exophthalmus etwas zurück, von den übrigen Symptomen wurde ein Theil gebessert, ein Theil blieb unbeeinflusst. SEIFERT.

146) **v. Eiselsberg** (Wien). **Ueber vegetative Störungen nach Schilddrüsenexstirpation beim Schafe.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 18. 1893.*

Zwei der Schilddrüse beraubte Lämmer blieben ungemein stark im Wachsthum zurück, während ein drittes ebenso altes von demselben Wurfe stammendes Schaf, das nicht operirt wurde, mehr als dreimal soviel wog. Eines der beiden operirten Schafe, mit nur 10 kg Gewicht, zeigte vollkommen atrophische Hörner, während der Vorkopf hing, der Hinterkopf stark aufgetrieben, der Bauch spitz war; über dem Herzen ein schnurrendes Geräusch. SCHECH.

147) **Fr. de Quervain** (Bern). **Ueber die Veränderungen des Centralnervensystems bei experimenteller Cachexia thyreopriva der Thiere.** *Virch. Archiv. CXXXIII. 3. 1893.*

Die wesentlichen Ergebnisse der sehr eingehenden und fleissigen Studien des Vf. sind in histologischer Beziehung: 1. der verschiedenen Färbbarkeit der

normalen Ganglienzellen liegen nicht nur Unterschiede in der Conservirung, sondern auch vitale Differenzen zu Grunde. 2. Das Centralnervensystem der an Tetania thyreopriva zu Grunde gegangenen, oder nach schwerer Erkrankung in verschiedenen Stadien getödteten Thiere (Katzen, Hunde, Affen) zeigt mit den heutigen Mitteln der Untersuchung keine Veränderungen, welche das typische Bild oder einzelne Hauptsymptome derselben bedingen könnten, die Befunde, welche als pathologisch aufgefasst werden könnten, sind inconstant und stellen nur eine Begleiterscheinung, nicht die anatomische Grundlage der Tetanie dar.

A. ROSENBERG.

148) **Bruns** (Tübingen). **Struma tuberculosa.** *Beiträge zur klin. Chirurgie. X. 1. 1893.*

In dem von Bruns beobachteten Falle handelte es sich wahrscheinlich um primäre Tuberkulose der Schilddrüse, da die genaueste Untersuchung der Pat. keine anderweitigen tuberkulösen Erkrankungen nachweisen konnte. Die Tuberkulose der Schilddrüse trat bei der 41jähr. Pat. in Form einer voluminösen Struma auf, welche wegen Compression der Luftröhre die Exstirpation des Kropfes erfordert. Das klinische Bild war ganz ähnlich dem einer Struma maligna.

SEIFERT.

149) **Speyer. Ein Fall von Struma maligna.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 37.*

Bericht über einen Krankheitsfall mit Section. Der Kranke war 31 Jahr alt, von Kindheit auf mit Kropf behaftet. Seit 1 Jahr Wachsen des Kropfes und Auftreten von Athembeschwerden; in den letzten Wochen vor der Aufnahme 20 Pfd. Gewichtsverlust. Exstirpation des erkrankten linken Lappens, der aus einem weitmaschigen Gewebe mit Blutgerinnseln und Thrombusmassen bestand. Ein 2. unter dem Sternum gelegener, mit der Trachea verwachsener Knoten, wurde nicht mit exstirpirt. Eine Woche nach der Operation Fieber, schlechte Beschaffenheit der Wunde. Entwicklung eines grossen, linksseitigen, hämorrhagischen, pleuritischen Exsudats. Recidivirender Tumor aus dem unteren Wundwinkel herauswachsend. Bei der Section fand man ausser dem recidivirten und dem mit der Trachea verwachsenen Tumor Metastasen in der Lunge und den Lymphdrüsen und die Trachea von einem kirschgrossen Sarcom- oder Carcinomknoten durchwachsen.

LANDGRAF.

150) **Meusel** (Gotha). **Zur Kropfbehandlung.** *Corr.-Bl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. 11. 1893.*

Von totalen Kropfexstirpationen hat M. 3 gemacht, darunter eine wegen bösartiger Neubildung. Bei den zwei anderen handelte es sich um parenchymatöse Struma, bei dem ersten Fall (17jähr. Mädchen) machten sich Störungen nachträglich nicht bemerkbar, während der zweite Fall (10jähr. Mädchen) etwa ein Jahr nach der Operation an Myxödem zu Grunde ging. Theilweise Kropfexstirpationen hat M. 3mal gemacht mit gutem Erfolge. Eine Reihe von Enucleationen sind ebenfalls gut verlaufen. Zum Schluss empfiehlt M. bei parenchymatöser Schilddrüsenschwellung Digitalis innerlich und Jodkalisalbe äusserlich.

SEIFERT.

151) **Szumann** (München). **Ein Beitrag zur Massagebehandlung des Kropfes.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 31. 1893.*

Empfehlung der Massage nach der Methode von Reibmayer und Mittheilung eines damit behandelten Falles; S. meint, man solle nicht so schnell und so oft operiren. SCHECH.

152) **Lavisé** (Brüssel). **Behandlung des Kropfes durch Ligatur der Artt. thyroideae. (Du traitement du goitre par la ligature des artères thyreidiennes.)** *La Clinique. No. 18. 1893.*

L. theilt einen interessanten diesbezüglichen Fall von Struma exophthalmica in der Belgischen chirurgischen Gesellschaft (am 29. April 1893) mit und bespricht dabei die Indicationen und Vortheile dieser Kropfbehandlung.

BAYER.

153) **Nieper** (Wülfrath). **Ueber Myxoedem.** Dissertation. Bonn 1898.

Ein 36jähriger Mann, bei welchem nichts Sicheres über die Beschaffenheit der Schilddrüse angegeben werden konnte, bot die charakteristischen Erscheinungen des Myxoedems. Trotz der rein symptomatischen Behandlung traten Remissionen ein, welche den Autor an dem Werth der Einspritzung von Schilddrüsenextract zweifeln lassen. SEIFERT.

154) **Mosler. Myxoedem entstanden nach Influenza.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 45.*

Vorstellung des Falles im Greifswalder medicinischen Verein. Details fehlen.

LANDGRAF.

155) **Vollmann. Ueber einen Fall von geheiltem Myxoedem nach Kropfexstirpation.** Dissertation. Würzburg 1893.

Bei einer 44jährigen Frau wurde die totale Strumaexstirpation vorgenommen, 8 Wochen nach der Operation traten die ersten Erscheinungen des Myxoedems auf, das schliesslich das volle charakteristische Bild darbot. Während 2jähr. Beobachtung gingen die Symptome zurück. Pat. starb an Miliartuberculose. Als Erklärung für die Heilung des Myxoedems fand sich bei der Section ein Rest von Schilddrüsengewebe vor, eingelagert zwischen Zungenbein und Schildknorpel.

SEIFERT.

156) **W. M. Abbot-Anderson. Ein Fall von Myxoedem beim Erwachsenen im Anschluss an Bronchocele in den Kinderjahren. (A case of myxoedema in the adult following bronchocele in the child.)** *Journal of Laryngology. Februar 1893.*

Klinischer Bericht über den Fall, der mittelst Kalbsschilddrüsen erfolgreich behandelt wurde. MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **Redactionelle Bemerkung. Die Behandlung des Myxoedems mit Schilddrüsenextract und die Function der Schilddrüse. (Treatment of myxoedema by thyroid extract and the functions of the thyroid gland.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 11. Februar 1893.*

Eine Besprechung der neueren Methoden und Theorien; der Verf. sieht in

der neuen Methode eine Therapie, die durch das physiologische und pathologische Studium der Schilddrüse eingegeben ist, eine Heilmethode also, die sich auf eine wissenschaftliche Basis stützt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

158) **Edmund White** (London). **Eine neue Präparation der Schilddrüse für die Behandlung von Myxoedem. (A new preparation of the thyroid gland for the treatment of myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 11. Februar 1893.*

Verf. schildert die Zubereitung eines trockenen Pulvers, das die active Substanz der Schilddrüse enthält. Er hält das wirksame Princip für ein Ferment.

MACKENZIE-JOHNSTON.

159) **Arthur J. Davies** (London). **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Lancet. 11. Februar 1893.*

160) **Alex. Napier** (Glasgow). **Die Schilddrüsen-Therapie beim Myxoedem: die Auswahl der Schilddrüsen für die therapeutische Verwendung. (Thyroid treatment of myxoedema: the selection of thyroid gland for administration.)** *Lancet. 4. Februar 1893.*

Die beiden Briefe an den Herausgeber beleuchten die Zweckmässigkeit der Darreichung des Drüsenextractes in Pulverform, sowie die Nothwendigkeit einer sorgsamen Auswahl der Schilddrüsen, unter denen ein grosser Theil als krank befunden wurde. MACKENZIE-JOHNSTON.

161) . . . **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Lancet. 4. Februar 1893.*

Ein Leitartikel, in dem die grossen Fortschritte, die man in der letzten Zeit gemacht hat, und besonders die in der Clinical Society of London vorgestellten Fälle besprochen werden. MACKENZIE JOHNSTON.

162) **Arnold Larsen** (Dänemark). **Ein Fall von Myxoedem durch Fütterung mit Glandula thyreoidea behandelt. (Et Tilfälde af Myxoedem, behandlet med Fodring med Glandula thyreoidea.)** *Hospitals-Tidende. 11. Oct. 1893.*

Hat einen Fall (52jährige Frau) von Myxoedem durch Fütterung mit Gl. thyreoidea behandelt und dadurch geheilt. SCHMIEGELOW.

163) **K. Kooy** (Groningen). **Myxoedem. (Myxoedeem.)** Vierter niederl. Congress für Naturwissenschaft und Medicin in Groningen 1893. Verhandlungen Haag. H. L. Smits. 1893. S. 363.

Demonstration von zwei weiblichen Kranken. Bei keiner von beiden ist die Schilddrüse zu palpiren. K. sah in den letzten 3 Jahren 5 Fälle von Myxoedem (alles Frauen) in seiner Ordination. Die Krankheit ist also im Norden Hollands nicht so ausserordentlich selten. H. BURGER.

164) **Ralf Wichmann** (Braunschweig). **Ein Fall von Myxoedem, gebessert durch Injection mit Schilddrüsensaft.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 2.*

W. giebt eine genaue Schilderung des von ihm angewandten Verfahrens zur Gewinnung des Schilddrüsensaftes. Mit dem so gewonnenen Saft hat er bei einer 35jährigen Patientin nach 9 Injectionen von je 1 Pravaz'schen Spritze Besserung erzielt. LANDGRAF.

165) **Ralf Wichmann** (Braunschweig). **Weitere Mittheilungen über Myxoedem.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No 11.*

W. hatte in No. 2 der Wochenschrift über einen nach der Methode von Murray behandelten Fall von M. berichtet, dessen weitere Geschichte er giebt. Als er den Thyreoideaextract mit Aqu. destill. vertauschte, trat ein Recidiv ein. In einem zweiten Falle war die Murray'sche Therapie ebenfalls von Erfolg. Weiteres wird in Aussicht gestellt. LANDGRAF.

166) **Wichmann. Zur Myxoedemtherapie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 43.*

W. hat 2 Kranke, über welche früher berichtet ist (cfr. die beiden vorstehenden Referate) zuerst mit roher Schilddrüse innerlich, dann mit Tabletten, welche ihm aus England geliefert waren und von denen jede 0,3 g Schilddrüsensubstanz entspricht, behandelt und ist mit beiden Methoden zufrieden. LANDGRAF.

167) **Hector Mackenzie. Myxoedema an the recent advances in its treatment.** *Lancet. 1893. No. 3. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

M. giebt Schilddrüse vom Schaf innerlich. LANDGRAF.

168) **S. Laache** (Christiania). **Ueber Myxoedem und dessen Behandlung mit innerlich dargereichter Glandula thyreoidea.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

L. hat nach dem Vorgang von Howitz und Vermehren einem 49jährigen, an M. leidenden Mann Glycerinextract von Schafschilddrüsen gegeben mit sehr gutem Erfolg. Im Verlauf der Cur trat vorübergehende Albuminurie ein, dann eine Periode der Appetitlosigkeit. Zwei Wochen nach Beginn der Cur trat eine kleienartige Abschuppung, später grossfetzige Desquamation auf.

LANDGRAF.

169) **F. Vermehren** (Kopenhagen). **Professor Howitz's erster Fall von Myxoedem durch Fütterung mit Glandula thyreoidea behandelt. (Prof. Howitz's förste Tilfälde af Myxoedem, behandlet med Fodring med Glandula thyreoidea.)** *Hospitals-Tidende. 1. Februar 1893. Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 11.*

Eine ausführliche Beschreibung eines Falles von gewöhnlichem Myxoedem, den Howitz seit dem 27. März 1892 mittelst Fütterung mit Glandula thyreoidea behandelt hatte und von dem er bei der Scandinavischen Naturforscher-Versammlung zu Kopenhagen im August 1892 in einer vorläufigen Mittheilung berichtet hatte. Howitz ist also der Erste, der diese Behandlung angefangen hat, wenigstens einen Monat früher als Fox (British med. Journ. 29. Oct. 1892). Der Fall betrifft eine 42 Jahre alte Frau, die an ausgesprochenem Myxoedem seit 7 Jahren litt. Sie wurde mit 4 Drüsenlappen von Kalbsschilddrüse täglich vom 27. April bis 5. Mai gefüttert, später bekam sie nur 2 Lappen jeden zweiten Tag. Die Drüsen wurden gereinigt, gekocht, feingeschnitten und mit dem Wasser, worin sie gekocht wurden, zubereitet und genossen. Das Resultat war sehr ermunternd, das Myxoedem schwand, und das subjective sowohl als das körperliche Befinden wurde bedeutend gebessert. Während der Fütterung entstand ein starkes Urti-

caria-Exanthem auf dem Truncus und an den Extremitäten. Nach der Entlassung sind mehrere Male Recidive aufgetreten, aber nach dem Genuss von einigen wenigen Drüsen sind dieselben jedesmal rasch wieder verschwunden.

Verf. theilt im Anschluss an diese Mittheilung einen Fall von sporadischem Cretinismus (infantile myxoedema) mit, der mit einem aus der Glandula thyreoidea der Kälber extrahirten Stoff behandelt wurde. Der Extractionsstoff wurde in folgender Weise präparirt: Die Drüsen wurden von Fett- und Bindegewebe befreit, fein zertheilt und mittelst Zerquetschen zu einer dickflüssigen Flüssigkeit verwandelt. Die doppelte Gewichtsmenge von reinem Glycerin wird zugesetzt. Nachdem sie 24 Stunden ruhig gestanden, wird die Flüssigkeit durch hydrophile Baumwolle filtrirt. Durch Zusatz von absolutem Alcohol wird ein dicker graugelber Bodensatz ausgeschieden. Der Bodensatz wird im Vacuum filtrirt und noch einmal mit Alcohol ausgewaschen und nachher bei niedriger Temperatur getrocknet. Am 18. Dec. 1892 wurde die Behandlung angefangen, und die Patientin (ein 29jähriges Mädchen) hat seitdem bis 8. Jan. 1893 4,25 g des Stoffes in Dosen von 10—30 cg (in Pillen) bekommen. Eine ausgesprochene Besserung des Zustandes der Patientin ist bereits constatirbar, aber die Behandlung ist noch nicht zu Ende.

Ein zweiter Fall steht ebenfalls noch in Behandlung, bei diesem aber sind erst 10 Tage seit dem Anfange der Cur vergangen. Eine bereits sich geltend machende Reaction verspricht indessen eine analoge Wirkung.

Der Verf. schlägt vor den Stoff „Thyreoidin" zu nennen.

SCHMIEGELOW.

170) **Ludv. Nielsen** (Kopenhagen). **Ein Fall von Myxoedem durch Fütterung mit Gl. thyreoidea geheilt. (Et Tilfälde af Myxoedem helbredet ved Fodring med Gl. thyreoidea.)** *Hospitals-Tidende. 1. Februar 1893.*

Die Mittheilung von Prof. Howitz (siehe obengenanntes Referat über die Arbeit Vermehren's) bewog den Verf. die Fütterung mit Gl. thyreoidea von Kälbern bei einem 33jährigen Fräulein, das seit 1880 Myxoedem gehabt hatte, zu versuchen. Das Resultat war, dass die Krankheit 3 Monate nach dem Anfange der Behandlung geheilt war. SCHMIEGELOW.

g. Oesophagus.

171) **Blankenstein** (Dortmund). **Dysphagia hysterica.** Dissert. Bonn 1893.

Von den 3 mitgetheilten Fällen betraf der zweite einen Mann, der, aus neuropathischer Familie stammend, nach starker geistiger Anstrengung plötzlich an Dysphagie erkrankte. Die Prädisposition, die Ursache und der Erfolg der antihysterischen Behandlung gestatteten die Diagnose auf hysterische Dysphagie zu stellen.

Bei den zwei weiblichen Individuen konnte an der Diagnose überhaupt kein Zweifel sein. Die Behandlung bestand hauptsächlich darin, dass während der

Mahlzeit ein schwacher constanter Strom applicirt wurde und während dieser Procedur die Nahrungsaufnahme erfolgte. SEIFERT.

172) **Dugge** (Altona). **Ein Fall von Oesophagusdivertikel.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 28. 1893.*

Der Fall betraf einen 69jährigen Mann, der seit einem Jahre an Schluckbeschwerden gelitten hatte; da man Lues vermuthete, bekam Patient Jodkali, eine leichte Schmiercur und wurde 3 mal täglich mit der Schlundsonde gefüttert; er starb an putrider Bronchitis. Die Section ergab 3 cm unterhalb des Ringknorpels im Oesophagus eine Ausstülpung der Schleimhaut von circa $1^1/_2$ cm Durchmesser und 5 cm Tiefe. Die weiteren Bemerkungen betreffen Vorkommen, Ursache und Behandlung der Divertikel überhaupt. SCHECH.

173) **P. Walton** (Gent). **Krebsige Stenose des Oesophagus; zweizeitige Gastrotomie. (Rétrécissement cancéreux de l'oesophage. Gastrotomie en deux temps.)** *Annal. et Bullet. de la Société de Méd. de Gand. Mai 1893.*

Zuerst wurde die Gastropexie vorgenommen. 5 Tage später, als sich nach Entfernung des Verbandes der Magen überall an die Bauchwand adhärent zeigte, ward eine Incision von 2 cm gemacht und eine provisorische Kautschukröhre eingeführt, durch welche der Kranke ernährt wurde. 6 Wochen später wurde ihm eine definitive von Calson construirte Kanüle eingeführt, deren Beschreibung W. giebt. — 73 Tage nach der Operation hatte der Kranke $6^1/_2$ kg zugenommen und befand sich vortrefflich. BAYER.

174) **Cordemans** (Brüssel). **Oesophagotomie. (Oesophagotomie.)** *Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacolog. No. 2. 1893.*

C. stellte in der Kgl. Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaften am 5. Dec. 1892 einen Patienten vor, an welchem er wegen Fremdkörpers die Oesophagotomie vorgenommen hatte. BAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 21. April 1893.

Scheinmann sah in 2 Fällen, in denen wegen einer Leiste der Nasenscheidewand die Electrolyse umgewendet worden war, eine Caries an jener auftreten.

Peltesohn u. A. Rosenberg konnten sich nach S.'s Schilderung von der Diagnose: „Caries“ nicht für überzeugt halten.

Discussion über den Vortrag von Herzfeld: Zur electrischen Durchleuchtung der Gesichtsknochen.

Davidsohn verlangt eine tägliche Durchleuchtung und hält H.'s Versuche, Milch in die Highmorshöhle zu füllen und die so erhaltenen Resultate der Durchleuchtung mit denen bei Empyem zu vergleichen, für nicht beweisend, da Milch leichter Licht durchlässt.

Ist wenig Eiter in der Oberkieferhöhle, so kann, wenn die Nasenschleimhaut normal ist, das Licht aus der Nasenhöhle das Antrum „erleuchten", die Pupille bleibt aber dunkel; und ebenso ist auch das Antrum dunkel, wenn die Schleimhaut verdickt ist. — Wenn bei Frauen mit Empyem die Pupille der entsprechenden Seite hell gefunden wurde, so war das keine Durchleuchtung sondern eine „Beleuchtung" von aussen.

A. Rosenberg hat in einer grösseren Reihe von nicht nasenkranken Patienten regelmässig die Durchleuchtung vorgenommen und gefunden, dass eine vollkommene Helligkeit beiderseits in ca. 30 pCt. vorhanden, und zwar doppelt so oft bei Frauen wie bei Männern; mässige Helligkeit zeigten 10 pCt. (W. : M. = 2 : 3); sie war rechts und links verschieden in mehr als 2 pCt.

Bei hellem Antrum fand sich eine dunkle oder fast dunkle Pupille in 25 pCt. (W. : M. = 1 : 4); diese war hell bei dunkler oder nicht entsprechend durchleuchteter Oberkieferhöhle in 8 pCt. (W. = M.); alles dunkel in 5 pCt. (W. : M. = 1 : 2).

Einige Male war eine Pupille weiter bei der Durchleuchtung als die andere, obwohl sie vorher gleich weit waren und ebenso umgekehrt. — Einmal wurde die vorher dunkle Pupille heller, nachdem die hyperplastische untere Muschel derselben Seite durch Cocain zur Abschwellung gebracht worden war.

R. sah in einem Falle von Empyem die Pupille derselben Seite hell.

Acute Empyeme sah er mehrere Male nach Influenza auftreten und ohne locale Behandlung bald heilen.

Bei langsamem Verlauf chronischer Empyeme empfiehlt R., wenn nach der Anbohrung von der Alveole aus und nach längerer Durchspülung mit antiseptischen und adstringirenden Flüssigkeiten keine erhebliche Besserung zu verzeichnen, die breite Eröffnung.

Flatau sah ebenfalls bei Empyem des Antrum die Pupille der entsprechenden Seite hell; die Abblendung des Lichtes von aussen macht keine Schwierigkeiten. — Acute Empyeme können spontan heilen; den Kopfdruck bei denselben beseitigt leicht die Luftdouche.

Scheinmann hat ebenfalls eine helle Pupille bei Empyem gesehen. Er möchte sich nicht so schnell wie R. entschliessen, die Höhle breit zu eröffnen.

B. Fränkel hält ebenfalls die Durchleuchtung für kein sicheres pathognomisches Zeichen, ohne dass er deswegen dieses diagnostische Mittel aufgeben möchte. In zwei Fällen von Ozäna mit den subjectiven Zeichen des Empyems und einseitigem entsprechendem Dunkelbleiben fand sich bei der Anbohrung kein Eiter.

Herzfeld hat hydrophile Gaze und Milch bei seinen Versuchen verwendet und zwar von letzterer ca. $^1/_4$ l, so dass dieses Quantum in Bezug auf seine Durchlässigkeit für Licht wohl dem von Davidsohn geforderten $^1/_4$ Theelöffel Eiter entsprechen dürfte.

Sitzung vom 2. Juni 1893.

P. Heymann bespricht einige neuere Arzneimittel, die er in letzter Zeit häufiger verwendet hat.

1. Alumin. salicyl. = Salumin, in Wasser und Glycerin löslich, hat eine adstringirende und zugleich reizende Wirkung auf die Schleimhaut; empfiehlt sich für trockne Katarrhe.
2. Alumin. mit Gallussäure = Gallal, durch Zusatz von Ammoniak löslich, wirkt leicht adstringirend.
3. Alumin. mit Acid. tannic. = Tannal. Für den Gebrauch empfehlen sich Tannaltabletten, da sich dünne Lösungen schlecht halten.

B. Fränkel empfiehlt bei trocknen Nasenkatarrhen das Salophen.

Landgraf: Ueber Aphthen.

L. sah nach dem Gebrauch von 30—40 g Chinin, das gegen Intermittens gebraucht war, unter hohem Fieber eine Schwellung der Lippen auftreten; auf dem Zahnfleisch war ein dicker Epithelbalg, Fötor ex ore, Mundschleimhaut geschwollen, auf derselben linsengrosse weisse Flecken, die confluirten. Der Belag war nicht abzukratzen. Mässige Lymphdrüsenschwellung. Am Rumpf und an den Extremitäten grossflockiges petechiales Exanthem, Jucken an den Händen.

Als der Pat., ein Arzt, nach einiger Zeit wieder Chinin gebrauchte, stellte sich die Stromatitis aphthosa auch wieder ein.

E. Meyer: Ueber Bromäthylnarkose.

Er empfiehlt sie bei der Operation der adenoiden Vegetationen. 10 g werden auf einmal auf eine Schimmelbusch'sche Maske gegossen; Dauer der Einwirkung 25—60 Sekunden. Nach einem kurzen Excitationsstadium tritt eine Narkose für 1—2 Minuten ein. Die Athemzüge werden frequenter und flacher, der Puls frequenter; Röthung der Gesichtshaut. Die Reflexerregbarkeit, besonders des Pharynx, bleibt erhalten, während das Sensium benommen ist. Während der Narkose lebhafte Träume, nicht selten erotischer Natur. Nachwirkungen, wie Schwindel, Erbrechen, sind selten.

Die Ausscheidung des Broms erfolgt durch die Lungen. Auf Grund von 250 in der Universitätspoliklinik vorgenommener Narkosen kommt er zu folgenden Resultaten. Das Bromäthyl ist in einer Dosis von 10—15 g ungefährlich, die Analgesie tritt schnell ein und verschwindet nach $1^1/_2$—$2^1/_2$ Minute ohne üble Nachwirkungen zu hinterlassen. Durch das Fortbestehen der Reflexe während der Narkose ist die Gefahr einer Aspiration von Blut nicht vorhanden.

Grabower warnt vor dem Mittel besonders bei anämischen Individuen, da Lörs Experimente an Warmblütern eine gefährliche Einwirkung auf das Herz

— Arhythmie, Delirium cordis — nachgewiesen haben. Der Blutdruck sinkt und bleibt auch nach dem Aufhören der Narkose niedriger.

Flatau sah keinen Schaden von der Narkose, nur erhielt er nicht immer Analgesie und oft beobachtete er Brechreiz.

A. Rosenberg sah selbst bei zarten und ganz jungen Kindern bei vorsichtiger Anwendung des Mittels nie eine Gefahr.

B. Fränkel demonstrirt ein Präparat von Prolapsus ventriculi.

F. hat zwei Mal die vorgefallene Schleimhautpartie exstirpirt und fand mikroskopisch Cylinderepithel, Bindegewebe und in diesem Follikel und Schleimdrüsen. An dem vorgezeigten Präparat sieht man, dass die laterale Ventrikelwand und seine untere Fläche den Prolaps repräsentirt. Es handelt sich wohl meist um eine Hyperplasie der lateralen, manchmal der oberen Ventrikelwand, wahrscheinlich aber nur einen Vorfall des Appendix. Deswegen sind auch Repositionsversuche unnöthig, vielmehr trage man die prolabirte Schleimhaut mit der Zange ab.

Sitzung vom 14. Juli 1893.

Onodi (Budapest) theilt einem Fall von doppelseitigem Aneurysma Aortae mit, welches zur Cadaverstellung des rechten Stimmbandes und zur Medianstellung des linken geführt hatte. Die Section ergiebt rechts: Druck des Aneurysma auf den ganzen Recurrens, links ist nur ein Theil des Recurrens in Mitleidenschaft gezogen. Onodi trennt jeden Muskel mit seinem Nerven gesondert heraus und findet bei der mikroskopischen Untersuchung: Rechts sind sämmtliche Muskeln und Nerven degenerirt, am meisten der Posticus. Links ist in erster Linie der Posticus mit seinem Nerven, in zweiter Linie der Musc. thyreo-arytaenoid. internus degenerirt.

B. Fränkel hat von dem in der letzten Sitzung demonstrirten Prolapsus ventriculi mikroskopische Präparate angefertigt, welche ebenfalls zeigen, dass die hart an der Grenze der oberen Fläche des Stimmbandes gelegene laterale Wand des Sinus Morgagni vorgefallen ist. Die Muskelbündel des Thyreo-arytaenoideus erscheinen an der gezerrten Stelle atrophisch, das Bindegewebe und Epithel vermehrt, sodass man an das Bild der Pachydermie erinnert wird.

Heymann zeigt frische Plaques muqueuses am Zungengrunde eines Mannes und die nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel frei daliegende vordere Siebbeinzelle eines jungen Mädchens mit Naseneiterung und rasenden Kopfschmerzen. Die Freilegung des eiternden Knochens hat die Kopfschmerzen beseitigt.

Gutzmann demonstrirt einen Handobturator, welchen er bei dem Sprachunterricht der Näselnden benutzt. Er verfertigt nach dem Gypsabguss des Patienten den Obturator, einen Nickelindraht mit einem Stück rothen Kautschuk daran. Die Kranken sind im Stande, damit selbst ihr Gaumensegel zu heben und gewöhnen sich so an den richtigen, nasalfreien Klang der

Sprache. In einem vorgestellten Fall — operirte Gaumenspalte — hat er die Wirkung des Obturators noch unterstützt, indem er durch eine kleine Modification denselben zur Elektrode gemacht hat. Die Erfolge sind ganz vortrefflich.

Schadewald spricht über die blutenden Polypen der Nasenscheidewand (Victor Lange). Er bestätigt im Wesentlichen die Angaben Lange's an der Hand von 3 beobachteten Fällen, die alle drei Frauen betrafen und zweimal links sassen. Die an sich leicht vorzunehmende Operation beseitigt mit einem Schlage die vorher häufig sehr starken Blutungen. Ein platter, etwa linsengrosser, derartiger Tumor wird demonstrirt.

Fränkel hat diese an sich seltenen Tumoren, die übrigens mit den Schleimpolypen der Nase gar keine Aehnlichkeit haben, auch nur bei weiblichen Individuen beobachtet.

Heymann, Onodi, Flatau bestätigen diese Angaben aus eigener Erfahrung.

Flatau hat jedoch seine Beobachtung an zwei Männern gemacht.

Heymann hat an dem einen von ihm untersuchten Tumor das Bild eines Angioms gefunden.

Onodi theilt ganz kurz seine schon im Druck befindlichen Studien mit, welche wesentlich die Function des M. crico-thyreoideus betreffen.

Sitzung vom 3. November 1893.

P. Heymann stellt einen 12jährigen Knaben mit einem Papillom an der Zungenspitze vor.

Lublinski sah jüngst ein solches an der Grenze des harten und weichen Gaumens bei einem 50jährigen Manne.

P. Heymann demonstrirt

1. eine 31jährige Patientin, die vor 4 Jahren sich inficirt hatte und bei der ersten pharyngoskopischen Untersuchung ein thalergrosses Ulcus an der hinteren Rachenwand zeigte. Trotz Quecksilber, Jodkali, lokaler Behandlung mit Arg. nitr:, Sublimat, Chromsäure u. s. w. breitete sich das Geschwür auf die hintere Fläche des Velum und den Kehlkopfeingang aus. Eine mit einer Peritonsillitis complicirte Angina rief eine bedrohliche Stenose hervor, so dass die Tracheotomie erforderlich wurde. Jetzt erst trat die Tendenz zur Heilung ein, nachdem der Kehlkopf ruhig gestellt war. Man sieht nun nach der Vernarbung eine Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand, so dass nur eine bleistiftdicke Oeffnung in den Nasenrachen führt; Verwachsung des Zungengrundes mit der hinteren Rachenwand. In der Mitte dieser narbigen Membranen ist eine kleinfingerdicke Oeffnung, durch die man in den Larynx sieht.

2. Einen Pat. mit Defect der Uvula und Perforation des Velum, Verwachsung des rechten hinteren Gaumenbogens mit der hinteren Rachenwand, Defect der Epiglottis und Luxation des vergrösserten rechten Aryknorpels nach innen

und Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes. Unterhalb der Stimmbänder sieht man eine narbige Membran.

3. Ein Mädchen, das vor Jahren mit einem Gummi auf der Zunge, Atrophie des Zungengrundes u. a. auf Syphilis hindeutenden Zeichen unter andern einem Ulcus an der Oberlippe vorgestellt worden war. Einige Dermatologen, u. a. Behrend, bestätigten die Diagnose auf Syphilis. Auf von anderer Seite vorgenommene Tuberkelinjectionen reagirte die Pat. Jetzt sieht man eine Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand und Narben im Kehlkopf, besonders eine membranöse Narbe unterhalb des linken Stimmbandes.

Behrend hält das jetzt noch bestehende Ulcus des Gesichts in dem letzten Falle für lupös, da es keinen scharfen Rand und keinen schmierigen, sondern mit leicht blutenden Granulationen besetzten Grund hat.

Lublinski räth bei kachektischen Syphilitikern von specifischen Mitteln zuvörderst abzustehen und Roborantien zu geben. Der dritte Fall H.'s ist ein Fall von Lupus; auch lupöse Narben haben ein starkes Retractionsvermögen.

B. Fränkel erwähnt einen Fall, in dem nach Larynxtuberkulose eine ausgedehnte Verwachsung der Taschenbänder eingetreten war.

Heimann glaubte in seinem letzterwähnten Falle die Diagnose Syphilis auf der Narbenretraction in der Zunge und der glatten Atrophie des Zungengrundes stützen zu können; bei Lupus dürften kaum solche strangartigen Narben, wie hier im Kehlkopf, vorkommen.

A. Rosenberg stellt

1. einen Pat. mit Primäraffekt der linken Tonsille vor — ein tiefes, schmierig belegtes und mit harten Rändern versehenes Ulcus bei vollständiger Intactheit der rechten Seite des Rachens —; nach 4—6 Wochen trat Roseola auf. Die Infection erfolgte durch gemeinsame Benutzung eines Trinkgeschirrs mit einem Syphilitiker.

2. Einen Pat. mit beginnender Stenose des Larynxeingangs. Ausgedehnte Ulcerationen am Zungengrunde, Defect der Epiglottis, Geschwüre auf den z. Th. schon mit dem Zungengrund verwachsenen aryepiglottischen Falten und über den Aryknorpeln. Unter Jodkali sind die Geschwüre schon nach 14 Tagen zum grossen Theil vernarbt und beginnen den Kehlkopfeingang zu verengen.

3. Einen 48jähr. Mann, der eine doppelte Stenose des Larynx zeigt. Durch starre Narben in den aryepiglottischen Falten ist die Epiglottis auf den Kehlkopfeingang heruntergezogen. Defect des linken Aryknorpels, Vergrösserung des rechten. Stimmbänder standen fast in der Mittellinie. Durch Bougirung ist die Glottis erheblich weiter geworden, so dass die drohende Tracheotomie umgangen werden konnte.

Demme demostrirt das Präparat einer mit syphilitischer Ozaena behaftet gewesenen Patientin. Weder von den unteren noch von den mittleren Muscheln ist etwas zu sehen, das Septum ist zum grössten Theil zerstört, man blickt in eine weite Höhle.

Scheinmann sah bei tertiär Syphilitischen häufig eine sehr weite Nasenhöhle.

Treitel fand in einem dem Demme'schen ähnlichen Falle in der Stirnhöhle in käsigem Eiter eingebettete Sequester.

Sandmann demonstrirt Hauchbilder bei normaler und gestörter Nasenathmung. Der Hauch wird aus der Nase auf eine schwarze Platte geleitet und durch sofortige Bepuderung mit präcipitirtem Schwefel seine Contouren fixirt. Die Form dieser Hauchbilder bei durchgängiger Nase ist bei horizontal gestellter Platte schmetterlingsflügelartig, bei vertical gehaltener Platte herzförmig. Bei verengter Nase werden diese Figuren in characteristischer Weise modificirt.

Sitzung vom 1. December 1893.

Flatau stellt eine Patientin vor, die er wegen eines Empyems der Keilbeinhöhle operirt hat; er schabte nach Eröffnung derselben die an ihrer Wand befindlichen Granulationen aus. Seitdem sistirt die vorher vorhandene Eiterung und Borkenbildung. In Bezug auf die Aetiologie ist vielleicht bemerkenswerth, dass die Patientin seit mehreren Jahren häufiger an Gesichtsrose gelitten hat.

Herzfeld demonstrirt ebenfalls eine Patientin mit Caries und Empyem der Keilbeinhöhle; einer eitrigen Mandelentzündung schloss sich ein Schnupfen an, dem Stechen in der Nase und bohrende Schmerzen im Kopfe sich hinzugesellten. Die Sonde kommt in der Gegend des Keilbeins auf rohen Knochen und bei der Berührung desselben giebt Pat. an, dass dort der Schmerz entsteht.

Scheinmann stellt einen Pat. mit syphilitischen Ulcerationen der hinteren Rachenwand vor. Die rechte Gaumenhälfte ist gelähmt; an der linken Pharynxseite sieht man beständig klonische Krämpfe, 160 in der Minute, und zwar beziehen sich dieselben auf die Gaumenbögen, das Gaumensegel und die hintere Wand; es sind Bewegungen, wie sie im zweiten Akte des Schluckens eintreten.

Pat. ist seit Juni 1893 syphilitisch, hat nur 4 Injectionen bekommen, dann die Kur abgebrochen; im September erlitt er eine Apoplexie mit linksseitiger Hemiplegie, so dass wohl eine centrale Ursache für die Krämpfe anzunehmen ist.

Grabower glaubt an die Möglichkeit einer peripheren Ursache.

Grabower: Kehlkopfmuskellähmung aus centraler Ursache.

Demonstration eines Pat. mit ziemlich weit vorgeschrittener Tabes, bei dem das l. Stimmband unbeweglich in Cadaverstellung steht und einen concaven Rand zeigt; seine Sensibilität und Reflexerregbarkeit ist erloschen. Die vom äusseren Ast des N. accessorius versorgten Muskeln sind intact.

G. wendet sich noch einmal gegen die Behauptung, dass Vagus und Accessorius eine gemeinsame, in sich nicht unterscheidbare Kernanlage im vierten Ventrikel besitzen. Zwischen den Zellen des Vaguskerns, insbesondere des motorischen Vaguskerns, und denen des Accessoriuskerns besteht ein morphologischer Unterschied. Dees' Untersuchungen haben ferner gezeigt, dass nach Durchschneidung des Vagus in der Mitte des Halses bei neugeborenen Thieren sich die Vaguskerne und -Wurzeln degenerirt zeigten, während Kerne und Wurzeln des

Accessorius unversehrt waren. Andererseits zeigt die klinische Beobachtung, dass in manchen Fällen nur die Kehlkopfmuskeln, in anderen nur die vom äusseren Accessoriusast versorgten Muskeln aus centraler Ursache gelähmt sind; einen Fall letzterer Art bei vorgeschrittener Tabes hat G. selbst beobachtet. Besteht aber eine Lähmung der Kehlkopfmuskeln neben einer solchen der vom äusseren Accessoriusast versorgten Muskeln, so ist der destruirende Process von dem einen Kern auf den anderen übergegangen.

B. Fränkel sieht in der Grabower'schen Auffassung keinen fundamentalen Unterschied gegen die frühere; was man früher zum Accessorius rechnete, rechnet Gr. jetzt als motorische Wurzeln des Vagus jetzt zu diesem. Allerdings sind die histologischen Unterschiede, auf die Gr. hinweist, sehr wichtig.

Landgraf betont, dass die Accessoriuslähmung bei Tabes nicht centraler Natur zu sein braucht. A. Rosenberg.

---

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. November 1893.

Vorsitzender: Dr. P. M'Bride.

E. Creswell Baber (Brighton): Congenitaler Verschluss einer Choane. Verbesserung durch Operation.

Es handelte sich um eine Verschliessung der rechten Choane durch ein glattes, leicht concaves Diaphragma, das sich theilweise als membranös, theilweise als knöchern herausstellte. Wiederholte Operationen wurden mittelst des Meissels und der Zange unter Chloroform vorgenommen und die geschaffene Oeffnung durch methodische Einführung von Bougies offen gehalten.

In der Discussion erwähnte Dr. Dundas Grant eines ähnlichen Falles aus seiner eigenen Praxis bei einem Erwachsenen.

J. B. Ball (London): Halsaffection bei einem Leprösen.

Demonstration des Patienten, eines 30jährigen Mannes, der bereits wegen laryngealer Dyspnoë tracheotomirt worden war. Der Patient war in England geboren, als 6jähriges Kind nach Indien gekommen, dort zehn Jahre lang geblieben, und hatte erst zehn Jahre nach seiner Rückkehr die characteristischen Symptome des Aussatzes entwickelt. Gegenwärtig waren sowohl die Nase wie der Rachen und der Kehlkopf befallen. Die Erscheinungen wichen in nichts von den bei der Lepra bekannten Halssymptomen ab, und der Patient wurde nur wegen der Seltenheit der Affection in England demonstrirt.

In der Discussion erwähnte Mr. Bidwell einer Methode der Tracheotomie bei Fällen wie dem gegenwärtigen, in welchem die Tracheotomiewunde voraussichtlich für immer offen gehalten werden muss. Er habe in diesem Falle die Haut in die Tracheotomiewunde hineinvernäht, auf diese Weise eine permanente

Oeffnung angelegt und den Kranken der Nothwendigkeit überhoben, eine Canüle zu tragen.

Clifford Beale: Demonstration eines transportablen Kalklicht-Apparates zum Gebrauch am Krankenbett.

Der Apparat zeichnet sich durch Handlichkeit und verhältnissmässig geringen Umfang aus und ist bei Mr. J. H. Steward, 406 Strand, London, zu haben. Alle modernen Verbesserungen des Oxyhydrogenlichts finden in ihm Verwendung.

R. S. Charlsley: Demonstration einer verbesserten Glühschlinge für die Nase.

Die Modification besteht hauptsächlich in einer Veränderung der Winkelstellung des Instruments und wurde von Dr. de Havilland Hall als practisch empfohlen.

F. de Havilland Hall: Syphilitische Kehlkopfstenose.

Demonstration eines 25jährigen Patienten, der im August 1892 einen Schanker hatte. Im October desselben Jahres suchte er das Westminster Hospital mit Ulceration der Rachenschleimhaut und Catarrh des Kehlkopfs auf und wurde dort mit antisyphilitischen Mitteln behandelt. Im Januar 1893 wurde er wegen schwerer Dyspnoë ins Hospital aufgenommen. Die Epiglottis war stark geschwollen und die arytaeno-epiglottischen Falten und Giessbeckenknorpel waren allgemein infiltrirt; keine Ulceration. Am 28. Januar musste die Tracheotomie vorgenommen werden. Etwa eine Woche nachher expectorirte er mehrere Stücke necrotischen Knorpels. Sechs Wochen nach der Tracheotomie wurde Dilatation mittelst Schrötter'scher Bougies begonnen, musste aber wegen der Bildung eines Abscesses im Kehlkopf aufgegeben werden. Im Mai nahm Mr. Spencer die Thyreotomie vor und räumte eine Quantität necrotischen Knorpels fort. Es wurde nicht versucht, die gespaltenen Hälften sofort zu vereinigen, und später geschah dies nur mittelst Heftpflasterstreifen. Schliesslich erfolgte Vereinigung, der Patient wurde aus dem Hospital entlassen, indem er wie vor der letzten Operation durch die Canüle athmete. Es wurde nunmehr die Dilatation mit Bougies wieder aufgenommen und nach zwei Monaten konnte Dr. Hall leicht Nummer 9 einführen. Gegenwärtig kann Patient durch den Kehlkopf exspiriren, bei dem Versuch der Inspiration aber werden die Taschenbänder zusammengezogen und kaum irgend welche Quantität von Luft gelangt tiefer hinab. Dr. Hall bezog dies auf den Collaps des Kehlkopfgerüsts in Folge der Knorpelnecrose und fragte an, ob etwas weiteres für den Patienten geschehen könnte.

Clifford Beale: Kehlkopfstenose nach der Tracheotomie.

Demonstration des Patienten, eines 46jährigen Mannes, der seit fast acht Monaten an Heiserkeit gelitten hatte, ehe er im August 1893 in das Chest Hospital, Victoria Park, London, aufgenommen worden war. Es war eine unzweifelhafte Vorgeschichte von Syphilis, die zwanzig Jahre zurück datirte, vorhanden. Im Laufe der letzten Jahre waren alle Manifestationen des Leidens auf den Kehl-

kopf beschränkt. Wenige Tage nach seiner Aufnahme stellte sich acute laryngeale Dyspnoë ein, die Stimmbänder standen etwa halbwegs zwischen der Phonations- und der Cadaverstellung fest. Tracheotomie wurde sofort vorgenommen und der Patient erholte sich bald, doch blieb die Kehlkopfstenose bestehen. Sein Allgemeinbefinden war gegenwärtig sehr gut. Er konnte mit Schwierigkeit durch den Kehlkopf athmen und mit Anstrengung mit heiserer Stimme sprechen. Das rechte Stimmband machte geringe Bewegungen, das linke kaum irgend welche, und die Kehlkopfspalte war so eng wie früher. Beale frug an, welches weitere operative Vorgehen in diesem Falle räthlich sei.

In der Discussion über die beiden letzten Fälle besprach Semon die Frage der Radicalbehandlung syphilitischer Kehlkopfstenose. Während er bereitwillig zugäbe, dass in manchen Fällen methodische Dilatation mittelst Schrötter'scher Bougies oder O'Dwyer'scher Intubationsröhren gute Resultate erziele, warnte er gegen Anwendung dieser Methoden bei Fällen von frischer Ulceration, da unter solchen Umständen durch forcirte Einführung des erweiternden Instruments acute Perichondritis erzeugt werden könne. Er verbreitete sich weiter über die Frage, ob in Fällen, in denen Tracheotomie vorgenommen worden sei und der Patient bequem durch die Tracheotomiecanüle athmen könne, während seine Stimme entweder normal oder wenigstens gut genug sei, um ihn nicht in seiner Beschäftigung zu stören, irgend welche Radicaloperation vorgenommen werden solle, welche, während sie es dem Patienten ermögliche, die Canüle wegzulassen, ihn gleichzeitig mehr oder minder aphonisch mache. Obwohl er zugebe, dass jeder Fall dieser Art individuell beurtheilt werden müsse, so sprach er doch vom allgemeinen Standpunkt die Ansicht aus, dass Erhaltung der Stimme mit Tragen einer Tracheotomiecanüle dem Weglassen der Canüle mit mehr oder minder vollkommenem Stimmverlust vorzuziehen sei, und illustrirte seine Ansicht durch die kurze Mittheilung einiger Fälle, die unter seiner eigenen Beobachtung gestanden hatten. Besonders gedachte er eines Falles, den er in Kürze der Gesellschaft zu demonstriren versprach, in welchem bei einer Patientin mit syphilitischer Kehlkopfstenose, welche die Tracheotomiecanüle jetzt schon seit 10 Jahren getragen hatte, ganz vor Kurzem eine so bedeutende spontane Verbesserung in der Glottisweite stattgefunden hatte, dass jetzt berechtigte Hoffnung dazu vorliegt, die Canüle ohne Vornahme irgend welcher weiteren Operation entfernen zu können. Gleichzeitig hatte sich in diesem Falle eine ganz merkwürdige Verbesserung der vorher vollständig aphonischen Stimme eingestellt.

De Havilland Hall stimmte mit dem Vorredner darin überein, dass in einem Falle, wie dem seinigen, weitere Dilatationsversuche nutzlos sein würden, da das Knorpelgerüst des Kehlkopfs bereits so sehr zerstört sei. Er würde die permanente Oeffnung in der Trachea bestehen lassen und der Patient brauche keine Canüle zu tragen.

Percy Kidd: Tuberculöse Ulceration eines Stimmbandes, geheilt durch Milchsäure.

Das Bemerkenswertheste im Falle der 29jährigen Patientin, deren Kehlkopf zur Zeit der Demonstration in der That keine Spur von Ulceration, wohl

aber Narbenbildung aufwies, ist jedenfalls der Umstand, dass Kidd neun Applicationen von reiner Milchsäure bei der Kranken vorgenommen hat. Dieselben wurden gut vertragen und die Patientin sagte dem Referenten auf seine an sie gerichtete Frage, dass sie durchaus keine besonderen Schmerzen nach der Application verspürt habe.

Dundas Grant: Geschwülste des Septums.

Der Patient hatte seit etwa zwei Monaten über ein Fremdkörpergefühl im Halse geklagt. Im Halse selbst war nichts zu entdecken, wohl aber zeigten sich bei der hinteren Rhinoscopie vom Septum ausgehende, weiche, unregelmässige, leicht compressible Geschwülste, welche auf der linken Seite die hypertrophische untere Muschel berührten. Grant entfernte zunächst die hinteren Enden der letzteren, und eine Woche später theilweise die Septumgeschwülste mit einer von vorn durch die Nase eingeführten Uvulascheere. Bei ihrer mikroskopischen Untersuchung (Mr. Wyatt Wingrave) erwies sich die Septumgeschwulst als eine einfache Schleimhauthypertrophie, und da die Beschwerden aufgehoben waren, wurde von weiteren Operationen Abstand genommen.

Felix Semon: Functioneller Krampf der Kinnbackenmuskeln.

Der Patient, ein 42jähriger Prediger, begann vor etwa $1^1/_2$ Jahren nach einem zweiten Anfall von Influenza Schwierigkeiten beim Oeffnen des Mundes zu verspüren, aber nur, wenn er denselben zum Sprechen öffnen wollte. Für alle anderen Zwecke konnte und kann er die Theile vortrefflich gebrauchen; so kann er essen, beissen, den Mund auf Befehl öffnen und schliessen, gähnen etc. Die Schwierigkeit in den Bewegungen des unteren Kinnbackens beim Sprechen nahm schnell zu, und gegenwärtig kann er nur mit fest aufeinander gebissenen Zähnen sprechen. Auch hat er jetzt Beschwerden beim Oeffnen des Mundes, wenn er lange Zeit hindurch gesprochen hat. Die Schwierigkeit ist geringer in den Morgenstunden und auch wenn der Patient unerwartet zu sprechen hat, während jede geistige Bemühung die Schwierigkeit zu überwinden, nur zu ihrer Verschlimmerung führt. Die Bewegungen der Lippen, der Zunge, des Gaumens, des Kehlkopfs etc. sind vollständig ungehindert.

Der Fall ist, soweit Dr. Hughlings Jackson, der den Kranken an Semon sandte, und der letztere wissen, einzig in seiner Art. Die Thatsache, dass der Krampf nur während der Willensanstrengung, die zum Sprechen erforderlich ist, eintritt, scheint ihn in das Gebiet der Gewerbeneurosen zu verweisen und ihn am nächsten vielleicht mit der Aphonia spastica zu affiliiren. Die Localisation der Quelle dieser Krampfform dürfte sich in den corticalen oder subcorticalen Gebieten für die Kaubewegungen finden, welche von verschiedenen Autoren beschrieben und ganz kürzlich von Réthi als nach vorn und seitlich von den Rindencentren für die Extremitäten gelegen localisirt worden sind. Einseitige Reizung eines dieser Centren würde nach Réthi's Experimenten dazu genügen doppelseitigen Krampf auszulösen, ebenso wie bei Semon und Horsley's Versuchen einseitige Reizung des Rindencentrums für die Phonation dazu genügte, doppelseitigen Krampf der Stimmbänder zu verursachen. Sollte die Affection,

wie der Berichterstatter vermuthete, im gegenwärtigen Falle ein Analogon des functionellen Kehlkopfkrampfes bei der Aphonia spastica bilden, so würde die functionelle Prognose nicht günstig sein. Arsenik hat sich bereits als erfolglos bewiesen, gegenwärtig nimmt der Patient Jodkalium und Bromkalium.

In der Discussion erwähnte Dr. Vivian Poore den Fall eines Predigers, der, um einen ähnlichen Krampf zu überwinden, beim Sprechen gewohnheitsmässig einen Stöpsel zwischen die Zähne legt. Seiner Ansicht nach sei das Leiden des von Semon demonstrirten Kranken dem Stammeln verwandt, doch sei es ihm unbekannt gewesen, dass Stammeln sich nach der Influenza entwickeln könne. Er erwähnte ferner den Fall einer alten Dame, welche stets an Krampf der Zunge und der Kaumuskeln litt, sobald sie zu essen versuchte, und welcher manchmal so heftig war, dass ihre Nahrung wieder aus dem Munde herausgeschleudert wurde. In diesem Falle handelte es sich um klonischen Kinnbackenkrampf, und es liess sich auch Clonus des Kinnbackens produciren. Vermuthlich lag senile Degeneration in der Rinde vor. Das beste Mittel, die Schwierigkeit zu überwinden, liege seiner Meinung nach in dem Versuche des Patienten in einer für ihn unnatürlichen Weise zu sprechen und gewissermassen einen bombástischen Schauspieler zu imitiren. Er erwähnte des Falles eines bekannten englischen Geistlichen, dem es in dieser Weise gelungen war, auf der Kanzel das Stammeln zu überwinden, an welchem er im gewöhnlichen Leben in erschrecklicher Weise litt.

Felix Semon: Traumatische Perichondritis des Kehlkopfs. Heilung.

Die Patientin war eine barmherzige Schwester, welche im Februar 1892 einen Kaninchenknochen verschluckt hatte, der in ihrem Hals an der rechten Seite stecken blieb. Ein Arzt versuchte den Fremdkörper abwärts zu stossen. Die Patientin aber verlor von dem Augenblick des Versuchs an ihre Stimme vollständig und hatte starke Schmerzen in der rechten Hälfte des Halses, mit erhöhten Abendtemperaturen. Als der Vortragende sie am 2. April 1893 sah, war die rechte Hälfte des Schildknorpels auf Druck acut empfindlich, und laryngoskopisch zeigte sich die ganze rechte Hälfte des Kehlkopfs sehr geschwollen, verdickt und theilweise ödematös. Es war fast unmöglich, die einzelnen constituirenden Theile der rechten Kehlkopfhälfte von einander zu unterscheiden, dermassen waren sie alle mit einander verschmolzen. Auch war diese Hälfte während der Phonation und Respiration unbeweglich, und die Stimme vollständig aphonisch. Gleichzeitig beträchtliche Dysphagie, aber keine Dyspnoë. Die Diagnose wurde auf Perichondritis der rechten Schildknorpelhälfte gestellt, indem man von der Voraussetzung ausging, dass der Fremdkörper in den Kehlkopf hineingestossen sei und sich wahrscheinlich noch gegenwärtig innerhalb der entzündlichen Geschwulst befinde. Antiphlogistische Behandlung und Jodkalium brachte keine Wirkung hervor. Die innere Schwellung und Verdickung verbreiteten sich im Gegentheil entlang der vorderen Wand des Kehlkopfs zur linken Seite des Organs, und etwa 4 Wochen später war letztere noch mehr geschwollen und empfindlicher, als die rechte Seite ursprünglich gewesen war. Zu jener Zeit füllten beträchtliche Granulationsmassen den ganzen vorderen Theil des Kehl-

kopfes aus, die Schmerzen, Schlingbeschwerden und das Fieber hatten noch weiter zugenommen, und beträchtliche Athemnoth war hinzugetreten. Die Patientin wurde ins St. Thomas Hospital aufgenommen, und am 25. Mai nahm Sir William Mac Cormac trotz der acuten Erscheinungen die Thyreotomie vor, da eine Radicaloperation die einzigen Chancen auf Genesung zu geben schien. Nach Eröffnung des Kehlkopfs und Auslöffelung des Granulationsgewebes wurde ausgedehnte Nekrose der linken Schildknorpelhälfte entdeckt. Eine Sonde wurde in einen Fistelgang eingeführt, der in das Innere des Knorpels selbst führte, dort wurde eine Abscesshöhle entdeckt und innerhalb dieser fand sich ein Knochenstück, das von Mr. Shattock als ein Fragment eines Kaninchenknochens erklärt wurde. Nach gründlicher Ausschabung der Wandung des Abscesses wurde die Wunde mit Jodoform bestäubt und Drainage eingeleitet. Die Patientin machte eine rapide Reconvalescenz durch und hat ihre Stimme bis zu einem bedeutenden Grade wiedergewonnen. Im Kehlkopf ist auch jetzt nach vorn beträchtliche Verdickung im Niveau der Stimmbänder vovhanden, doch lassen sich jetzt alle die constituirenden Theile des Kehlkopfs von einander unterscheiden.

Der Fall wurde demonstrirt behufs der Illustration von:

1. der Gefahr, eckige Fremdkörper, die in die Luft- oder Speisewege gelangt sind, mit Gewalt abwärts zu stossen;

2. den merkwürdigen Wanderungen, die Fremdkörper unter solchen Umständen durchmachen können (im vorliegenden Falle war der Fremdkörper sicher von der rechten in die linke Kehlkopfhälfte gewandert);

3. der Thatsache, dass selbst acute Perichondritis keine Contraindication gegen die Vornahme der Thyreotomie bildet, wenn es sich darum handelt, die Reizquelle zu entfernen, falls man weiss, dass es sich um einen Fremdkörper handelt.

Felix Semon: Symptome von einseitiger Basedow'scher Krankheit und später complete Kahlheit nach der Entfernung von Nasenpolypen.

Der Fall des Patienten ist von dem Vortragenden ausführlich in der Clinical Society of London beschrieben worden und findet sich im Centralblatt, vol. VI, p. 238, berichtet. Im Jahre 1889 war der Patient nach Indien gegangen. Bei seiner Rückkehr im Frühjahr 1893 hatte der rechtsseitige Exophthalmus etwas abgenommen, doch war die Pulsfrequenz im Durchschnitt noch immer etwa 100, und vollständige Kahlheit auf beiden Seiten des Kopfes hatte sich kurze Zeit, nachdem der Kranke Europa verlassen hatte, entwickelt. Die Alopecie betraf ausserdem den Haarwuchs des ganzen Körpers. Der Vortragende erklärte sich ausser Stande zu sagen, ob diese Kahlheit in irgend einem, resp. welchem Zusammenhange mit den früher berichteten Symptomen stände. Jedenfalls habe der Kranke während seiner Abwesenheit von Europa nicht an irgend welchem anderen Leiden gelitten, das Alopecie im Gefolge haben könnte. Ernährung mit Schafschilddrüsen, welche auf den Vorschlag des Patienten selbst versucht worden war, hatte kein Resultat gegeben.

In der Discussion erwähnte Mr. Cresswell Baber den Fall eines 26jähr. Mannes, in welchem sich nach der Entfernung von Nasenpolypen mit der kalten Schlinge Diplopie entwickelt hatte, welche sich stets beim Versuche nach rechts zu sehen, einstellte. Gleichzeitig Schwächung des rechten Rectus externus. Diese Augensymptome verschwanden in ungefähr sechs Wochen unter der Anwendung von Quecksilber und Jodkalium. Später mussten wiederholt zahlreiche kleine Polypen entfernt werden, doch kam es nicht zu einer Wiederholung der Augensymptome. Der Kranke gab an, dass er einen ähnlichen Anfall gehabt habe, als er zwei Jahre früher mittelst der Zange operirt worden sei. In diesem Falle war auffallende Schwellung der unteren Nasenmuscheln vorhanden.

Mr. R. S. Charlsley hatte starke Vergrösserung der Drüsen im Halse und Exophthalmus in einem Falle beobachtet, in welchem die unteren Nasenmuscheln mittelst des Galvanocauters entfernt worden waren. Diese Symptome hatten drei Monate mit einer gleichzeitigen Pulsfrequenz von 110 angehalten, dann aber war spontane Heilung erfolgt.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

III. Briefkasten.

Personalia und Vermischtes.

Dr. A. J. Brady (Sydney, New South Wales) ist als Berichterstatter für Australien in die Reihe der Mitarbeiter des Centralblatts eingetreten.

An der Königlichen Charité in Berlin ist eine gesonderte Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten gegründet und der Leitung Prof. B. Fränkel's unterstellt worden.

Die wohlbekannte Firma Mayer & Meltzer (71 Great Portland Street, London) hat einen besonderen, reich illustrirten Katalog laryngologisch-rhinologischer Instrumente erscheinen lassen, der viele Fachgenossen interessiren dürfte.

Der internationale medicinische Congress in Rom ist nunmehr definitiv auf die Tage vom 29. März bis zum 5. April 1894 angesagt.

Die Kliniken und Polikliniken für Laryngologie, Otologie und Rhinologie in Oesterreich, Deutschland, England.

Vorstehendes ist der Titel eines soeben bei G. Steinheil in Paris erschienenen Berichtes des Dr. Pierre Maurel an den französischen Unterrichtsminister. Das Büchlein sei allen Collegen, welche sich für den derzeitigen Stand der laryngologischen Unterrichtsverhältnisse interessiren, warm empfohlen. Der Bericht beginnt mit einer Schilderung der Schwierigkeiten, mit welchen unsere französischen Specialcollegen zu kämpfen haben, und zieht Vorschläge zur Verbesserung der bestehenden Verhältnisse aus einer wissenschaftlichen Rundreise, die der Verfasser im Auftrage des französischen Unterrichtsminister nach Oesterreich, Deutschland und England unternommen hat. Er verlangt Errichtung specieller Professuren, Organisation officieller Kliniken und Polikliniken Gründung von Specialdepartements in den allgemeinen Hospitälern und Berücksichtigung der Laryngologie, Otologie und Rhinologie im Schlussexamen — alles Forderungen, für welche die Laryngologen aller Länder schon seit Jahren arbeiten, und welche, wenn auch nur Schritt für Schritt und theilweise, in den meisten der anderen Culturländern ihrer Realisation entweder entgegengehen oder bereits erfüllt worden sind Wir wünschen unseren französischen Specialcollegen herzlich eine Berücksichtigung ihrer berechtigten Wünsche seitens der zuständigen Behörden. Der in Frage stehende, ausgezeichnete, durch und durch objectiv gehaltene Bericht dürfte sie ihrem Ziele wohl näher bringen.

Was diesem Bericht einen ganz speciellen Werth verleiht, und ihm ein allgemeines Interesse unter den Fachgenossen aller Länder sichert, ist die eingehende Schilderung, welche der Verfasser von der Methode des Unterrichts in den bekanntesten speciellen Kliniken und Polikliniken der drei genannten Länder entwickelt. Er beschreibt detaillirt auf Grund bewundernswerth genauer Information die Wiener, Berliner, Prager, Münchener und Londoner Specialkliniken unseres Faches. Die Einrichtungen und Lehrmethoden in den Abtheilungen Stoerk's, Chiari's, Grossmann's, Schnitzler's, B. Fränkel's, Krause's auf dem Continent, der Specialdepartements und Specialhospitäler Londons werden mit ebenso grosser Sachkenntniss wie klarem Urtheil geschildert. In dem ganzen Buch sind wir auf keine einzige Ungenauigkeit gestossen. Wir dürfen es daher gewissenhafter Weise unseren Lesern empfehlen.

Berichtigung.

Die im Referat No. 104, p. 365 der letzten Nummer genannte Arbeit entstammt nicht nur der Feder des Herrn Sabrazès, sondern der der Herren Sabrazès und Frèche und ist ursprünglich nicht im „Journal de médecine de Bordeaux", sondern in den „Annales des maladies de l'oreille etc.", 1893, No. 6, p 519, erschienen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, März. 1894. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **L. Rousseaux** (Brüssel). **Bericht über die IV. Jahresversammlung der Gesellschaft Belgischer Otologen und Laryngologen, abgehalten am 4. Juni 1893 in Gent. (Société Belge d'Otologie et de Laryngologie. Quatrième Réunion tenue à Gand le 4. Juin 1893.)** Bruxelles, Lamertin. 1898.

R. hat in einem 90 Seiten einnehmenden Bande die Verhandlungen der IV. Jahresversammlung belgischer Laryngologen und Otologen, über die Ref. hier schon berichtet hat, im Detail zusammengefasst. Das gut ausgestattete Heft ist zu empfehlen und giebt einen genauen Einblick in die Arbeiten der Gesellschaft.

BAYER.

2) **Schutter. Nase und Mund als Athmungsorgane. (Le nez et la bouche comme organes de la respiration.)** *Annales des maladies du larynx. April 1893.*

Der Verf. berichtet über eine Reihe von Versuchen, die er unternommen hat, um die Bedeutung von Nase und Mund für die Athmung kennen zu lernen; er kommt zu dem Schluss, dass man der Athmung durch die Nase den Vorrang einräumen müsse.

E. J. MOURE.

3) **Bloch** (Freiburg). **Eine neue Athemübung.** *Med.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 11. 1893.*

Die Methode, nach welcher die Bauchathmung zu Gunsten der Brustweitung gehemmt werden soll, besteht darin, dass ein geeignet gearbeiteter Stab, während der Inspiration an die Bauchwand angepresst wird.

SEIFERT.

4) **Redactionelle Notiz. Die Bakterien der Luftwege. (The bacteria of the respiratory passages.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1893.*

Die Athemwege communiciren frei mit der Aussenluft und auf der andern Seite sind sie dem Speichel frei zugänglich, wodurch sie natürlich der Mikroben-

Invasion beständig ausgesetzt sind. Nach Pettenkofer nehmen unter allen den Wegen, auf denen pathogene Keime in den thierischen Organismus Eintritt finden können, die Lungen die erste Stelle ein. (Medical Press.) Im normalen Zustand, d. h. wenn die Integrität der Luftwege eine vollständige ist, findet keine Infection statt; dies ändert sich aber, sobald eine Läsion der Schleimhäute vorliegt. Bei einer Untersuchung der Nasenhöhle von 81 Personen ergab sich, dass der Nasenschleim pathogene und nichtpathogene Keime enthielt.

Besser hat die im Larynx und in den Bronchien vorkommenden Bakterien studirt und hat zu diesem Zwecke die Leichen einiger Personen unmittelbar nach dem Tode untersucht. Im Schleim des Larynx fand er in 5 Fällen Streptococcen; dreimal war der Staphylococcus pyogenes aureus, viermal der albus vorhanden. Was die normale Bronchialschleimhaut anlangt, so ist auf ihr die Zahl der Bakterien nicht so erheblich.

LEFFERTS.

5) **John Mac Intyre** (Glasgow). **Demonstration von pathogenen Mikroorganismen der oberen Luftwege. (Demonstration on the pathogenic organisms of the upper respiratory tract.)** *Lancet. 26. August 1893.*

Auf der in Newcastle abgehaltenen Jahresversammlung der B. M. A. veranstaltete Macintyre eine Demonstration von pathogenen Keimen aus dem oberen Athemtractus mit besonderer Bezugnahme auf die Krankheiten des Nasopharynx und des Ohres. Mittelst zahlreicher Zeichnungen, Photographien und Schnitte demonstrirte Verf. das Eindringen der Organismen in die Gewebe und die vielfachen Bakterienarten, die man in diesen Gebieten antrifft.

MACKENZIE-JOHNSTON.

6) **Redactionelle Notiz. Das ursächliche Moment der Influenza. (The causative agent in influenza)** *N. Y. Med. Record. 30. Sept. 1893.*

Seit der Influenza-Epidemie vom Jahre 89—90 sind von bakteriologischer Seite zahlreiche Versuche gemacht worden, die Ursache dieser Erkrankung aufzuklären. Aus den ersten Monaten d. J. 1890 liegt eine Mittheilung von Jolles (Wien) vor, der die Entdeckung eines dem Pneumococcus Fränkel ähnlichen Mikroorganismus verkündet, von dem er glaubt, dass er in ätiologischer Beziehung zur Influenza stehe. Klebs entdeckte dann Organismen in den rothen Blutkörperchen von an Influenza leidenden Patienten, Seifert eigenartige Coccen im Sputum und M. Kirchner einen mit dem Seifert'schen wahrscheinlich identischen Diplococcus, von dem er Reinculturen zu züchten vermochte. Keiner von diesen Mikroorganismen jedoch kann jetzt noch als ursächliches Moment der Influenza angesehen werden; es bleibt nur der Pfeiffer'sche Organismus, der das Testimonium crucis der 3 Koch'schen Postulate bestanden hat und darum als Erreger der Influenza gelten darf.

Aus dem Sputum der Influenzapatienten legt man nach Pfeiffer Deckglaspräparate an und färbt sie mit Löffler's Methylenblau oder in wässriger Carbolfuchsinlösung; in jedem Präparate findet man zahlreiche Influenzabacillen. Dieselben sind nicht ganz so gross wie Mäuseseptieämiebacillen, dabei sind sie 2—3 mal so lang wie breit; bisweilen findet man längere Individuen bes. in Reinculturen. Nach vielen Schwierigkeiten und manchem Fehlerfolge beim Versuch

der Züchtung dieser Bakterien, die in den gewöhnlichen Nährmedien durchaus nicht zum Wachsthum zu bringen waren, entdeckte Pfeiffer, dass die Influenzabacillen zu ihrem Fortkommen Blut nöthig haben. Er brachte einen Tropfen sterilen Blutes auf die schräge Fläche eines Agarröhrchens und vermischte mit diesem Blute eine Spur des Influenzasputums. Die Organismen gediehen jetzt üppig, und Pfeiffer erhielt auf diesem Wege die Reincultur. Später stellte er fest, dass es das Hämoglobin der rothen Blutkörperchen ist, das die Bacillen für ihr Wachsthum brauchen. Die Agarcultur bietet ein sehr charakteristisches Aussehen; sie zeigt nach 24stündigem Wachthum helle, transparente Tropfen, die eine Tendenz zum Confluiren nur da zeigen, wo zahlreiche Colonien in unmittelbarem Contact mit einander stehen. Der Influenzabacill ist aërob, wächst nur bei Gegenwart von O, am besten bei 38°; bei 43° hört das Wachsthum auf, bei 28° kommt er nur kümmerlich noch fort. Im Trinkwasser sterben die Organismen sehr schnell ab: auch gegen Austrocknung sind sie sehr empfindlich, diese zerstört sie rasch. Der Bacill wurde in keinem Sputum, als in dem Influenzakranker gefunden, ausserdem fand er sich in den Lungen aller an Influenza Gestorbenen. Da Thiere in der Regel immun gegen Influenza sind, stiess die Uebertragung der Krankheit auf das Thier auf grosse Schwierigkeiten. Mäuse, Ratten, Meerschweinchen, Kaninchen, Tauben, Katzen und Hunde wurden geprüft, doch keines dieser Thiere wurde als empfänglich befunden. Nur auf Affen liess sich die Krankheit übertragen. Injection der Culturen in die Lungen, direct durch die Brustwand, ebenso wie die Impfung auf die Nasenschleimhaut dieser Thiere riefen Influenzaanfälle hervor. Danach ist der Influenzabacill Pfeiffer's der wirkliche Erreger dieser Krankheit, denn er erfüllt die 3 Koch'schen Forderungen: 1. Er findet sich in allen Fällen von Influenza; 2. er findet sich nur bei dieser Krankheit und 3. mit der Reincultur desselben erzeugt man beim empfänglichen Thier (Affen) dieselbe Krankheit.

Zum Schluss sei als interessant erwähnt, dass Pfeiffer auch eine Art Pseudo-Influenzabacillus isolirt hat, den er in 3 Fällen von Bronchopneumonie bei diphtheritischen Kindern fand; derselbe wächst gleich dem Influenzabacillus auf Blutagar, aber die Wachsthumsformen beider sind doch so verschieden, dass ihre Differenzirung keine Schwierigkeiten hat. LEFFERTS.

7) **Wm. P. Spratling. Entzündung der oberen Luftwege und Ohren verursacht durch Inhalation von persischem Insectenpulver. (Inflammation of upper air passages and ears caused by inhalation of persian insect powder.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1893.*

Verf. berichtet über 3 Fälle und bemerkt dazu, dass er sie um der besonderen Ursache der Störung willen mittheile. Das persische Insektenpulver wird aus einer Pflanze gewonnen, die in Europa wächst und der grossen weissen amerikanischen Gänseblume ähnelt. Das daraus hergestellte Insektenpulver ist eigentlich ein Pollenstaub. Es wäre danach angebracht, Personen, die leicht an Heufieber erkranken, von Lokalitäten, in denen man das Pulver streut, fern zu halten.

LEFFERTS.

8) **Lemcke** (Rostock). **Ueber chronische Blennorrhoe der oberen Luftwege, sog. Stoerk'sche Blennorrhoe und ihre Beziehungen zum Scleroma respiratorium.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 26.*

L. bespricht an Hand zweier eigener Beobachtungen an Frauen, welche an lange bestandenen Nasen- und Rachenbeschwerden litten, zu denen sich allmälig Stimmstörung und Athemnoth gesellte, die Frage der Selbstständigkeit der sog. Störk'schen Blennorrhoe. In dem einen Fall konnte Thierfelder aus dem Secret Rhinosclerombacillen züchten. L. sieht in diesem Befunde eine Stütze für die Identität beider Processe. LANDGRAF.

9) **Seifert. Ueber Syphilis der oberen Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 42, 44, 45.*

Das ausgezeichnete Referat, in der Abtheilung für Dermatologie und Syphilis, auf der Nürnberger Naturforscher-Versammlung gehalten, behandelt unter umfassender Berücksichtigung der Literatur die Syphilis der Nase, des Nasenrachenraums, des Rachens und des Kehlkopfs. LANDGRAF.

10) **H. L. Taylor. Diagnostische Winke bezüglich einiger obstruirender Zustände der oberen Luftwege. (Diagnostic hints of some obstructive conditions of the upper air-passages.)** *Northwestern Lancet. 15. Juli 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **C. E. Warren. Wasserstoffsuperoxyd und Aethyljodid gegen Asthma. (Hydrogen peroxide and ethyl iodide in asthma.)** *Med. Age. 26. Juni 1893.*

Das erstgenannte Mittel verwendet W. mittelst eines Luftcondensirungsapparates; er sättigt die Luft des Zimmers damit. Während des Anfalls selbst giebt er Aethyljodid, von dem er ein paar Tropfen, auf ein Tuch geträufelt, inhaliren lässt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **Aulde. Die Erkältung. (Bad cold.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1893.*

Das Gelsemium beschränkt die profuse Secretion der Nase, beruhigt den Kopfschmerz und die Neuralgie, lindert den Husten und den Schmerz und begünstigt die Wiederherstellung der Secretionen durch seinen Einfluss auf die Haut, die Nieren und den Magen-Darm-Traktus. Die Pulszahl und die Temperatur werden herabgesetzt, der Schlaf befördert und es entsteht ein Gefühl von Wohlbehagen, das aber der Narcose in keiner Weise sich nähert und bei dem eine Zerstörung der O-Aufnahmefähigkeit der Blutkörperchen nicht stattfindet. Zehn Tropfen des Fluidextract werden in 90 ccm Wasser gelöst und davon ein Theelöffel voll in der ersten Stunde alle 10 oder 15 Minuten, später in grösseren Intervallen gegeben. LEFFERTS.

18) **Redactionelle Notiz. Ein Schnupfpulver für den Sommer-Catarrh. (A snuff for summer catarrh.)** *N. N. Med. Journal. 8. Juli 1893.*

Cocain. hydrochlor 1 Theil
Camphor. pulverat. 2 „
Bismuth. subnitric. 16 „

LEFFERTS.

14) **C. M. Shields. Der Missbrauch der Adstringentien in der Behandlung des Catarrhs. (The abuse of astringents in the treatment of catarrh.)** *Atlanta Med. and Surg. Journal. April 1893.*

Die allgemeine Anwendung von Adstringentien steigert und erhöht den bereits bestehenden hypertrophischen Zustand der Drüsen, beschränkt die Serum-Endosmose und macht die normale Blutversorgung energischer.

Die schliessliche Folge der fortgesetzten Anwendung von Adstringentien in der Nasenhöhle ist weit eher eine schädliche als eine nützliche.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **O. Holtz** (Barmen). **Hebrok's Lungenschoner, ein Apparat zur Verhütung der gewohnheitgemässen Mundathmung.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 48.*

Eine Hartgummiplatte wird zwischen Zähne und Lippen gelegt und durch eine zweite Platte befestigt. (C. Müller, Berlin N. O., Neue Königstr. 89.)

LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Hovorka Edl. v. Zderas** (Wien). **Beiträge zur Anatomie der äusseren Nase.** *Wiener med. Presse. 1893. No. 36.*

H. unterscheidet 3 Typen des Nasenrückens, concave, gerade und convexe, und betont besonders die Unsicherheit der Merkmale, die man der Nasenform der Juden zuschreibt. Nichts Neues.

CHIARI.

17) **Goris** (Brüssel). **Epitheliom der Nase; Abtragen der Nase; vollständige Rhinoplastik nach v. Langenbeck; partielle Resection des Oberkiefers. (Epithelioma du nez, ablation du nez, Rhinoplastic complète par la méthode de Langenbeck, resection partielle du maxillaire superieur.)** *La Presse Medical Belge. No. 30. 1893.*

Der Titel besagt vollständig den Inhalt.

BAYER.

18) **Warnots** (Brüssel). **Rhinoplastik. (Rhinoplastic.)** *La Clinique. No. 6. 1893.*

W. stellt in der Gesellschaft für medic. Wissenschaften in Brüssel ein junges Mädchen mit Lupus vor, an welchem er mit vollständigem Erfolge die Rhinoplastik nach Langenbeck vorgenommen hatte.

BAYER.

19) **Gluck** (Berlin). **Rhinoplastik.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 24.*

Ausschliesslich chirurgischen Interesses.

LANDGRAF.

20) **Heidenhain** (Cöslin). **Luxation der Knorpelnase.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 40.*

Ein Student war beim Reiten mit dem Gesicht auf einen Balken der Umzäunung der Reitbahn gefallen. Die Nase war um die Hälfte verkürzt, die

Nasenlöcher sahen nach oben. Knochen waren intact. Ein starker Zug führte mit einem fühlbaren Rück den nach innen luxirten knorpligen Theil des Septums wieder an seine normale Stelle.

LANDGRAF.

21) **Lieven** (Aachen). **Das Ansaugen der Nasenflügel in der Chloroformnarkose.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 22. 1893.*

Die Ursachen des Ansaugens der Nasenflügel sind hier verschiedene. Abgesehen von der starken Muschelschwellung gehört dazu noch eine gewisse Schwächeentwicklung der M. dilatatores et levatores alae nasi und eine schmale mit schlitzförmigen Oeffnungen versehene Nase. M. Schmidt legt einen Bügel aus Silberdraht ein, Schmidthausen einen Hemdenknopf, dessen Platte dem Septum aufruht, während das Knöpfchen gegen den schlaffen Flügel drückt. Die Narcose wird durch das Ansaugen der Nasenflügel sehr gestört, ja sie kann den Tod zur Folge haben. Lieven empfiehlt deshalb die oben genannten Instrumente dem Chloroformbesteck beizufügen.

SCHECH.

22) **Wurtz** u. **Lermoyez. Die bakterieide Fähigkeit des Nasenschleims. (Le pouvoir bactéricide du mucus nasal.)** *Annales des maladies du larynx. August 1893.*

Die Nase ist eine Sammelstelle erheblicher Bakterienmengen, die aber nach der Ansicht der Verff. durch den Nasenschleim unschädlich gemacht werden. Aus den angestellten Experimenten der Verff. geht hervor, dass der Schleim der Nasenhöhle dem Milzbrandbacill gegenüber eine erhebliche bakterieide Fähigkeit besitzt.

E. J. MOURE.

23) **L. Rousseaux** (Brüssel). **Fremdkörper der Nase. (Corps étranger des fosses nasales.)** *La Clinique. No. 9. 1893.*

$1\frac{1}{2}$ cm tief in der rechten Nasenhöhle befand sich ein metallener angefressener Hemdkragenknopf, mit seiner Basis gegen die Nasenscheidewand gestützt; leicht zu entfernen. Das junge Mädchen hatte keine Ahnung davon, wie der Knopf in die Nase gekommen, die Mutter jedoch führt dies auf 10 Jahre zurück. Der Autor knüpft daran noch anderweitige Betrachtungen über gestörte Nasenathmung, Aprosexie etc. etc.

BAYER.

24) **Handford** (Nottingham). **Ein Fremdkörper seit 27 Jahren in der Nase. (Foreign body in the nose for 27 years.)** *Brit. med. Journal. 15. Juli 1893.*

Die Pat., eine Wärterin von 31 Jahren, litt seit über 2 Jahren an eitrigem Ausfluss aus der einen Nasenseite, und das betreffende Nasenloch war nach der Seite zu ganz verschlossen. Im Alter von 4 Jahren scheint die Pat. sich mehrere Kirschkerne in die Nase gesteckt zu haben, doch wurden diese damals entfernt bis auf einen, der dann sonderbarer Weise so lange Zeit dort liegen geblieben zu sein scheint, ohne lokale Störungen zu verursachen. Man entdeckte den Stein jetzt mit der Sonde und entfernte ihn zugleich mit ein paar Splittern nekrotischen Knochens und andern Gewebstrümmern; der Stein selbst war vollständig intakt; nach seiner Entfernung erfolgte schnelle Heilung.

MACKENZIE-JOHNSTON.

25) **Moure. Ein Fall von Nasenstein. (Sur un cas de rhinolithe.)** *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. 13. August 1893.*

Der Autor legt einen Rhinolithen vor, der sich zu einem veritablen Fremdkörper ausgebildet hatte. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Innern des Steins zahlreiche Mikrobien, so dass anzunehmen ist, dass der Leptothrix überhaupt die Ursache der ganzen Steinbildung war. E. J. MOURE.

26) **Moure** (Bordeaux). **Ueber einen Fall von spontan gebildetem Rhinolithen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8 u. 9. 1893.*

Gewöhnlich bilden sich Rhinolithen um einen von aussen in die Nase gelangten Fremdkörper; seltener ist der Kern eines „spontan" gebildeten Steines ein Klümpchen Schleim oder Blut und in der Nase selbst entstanden. Moure theilt nun einen solchen Fall mit, welcher zahlreiche Mikroben, Hämotoidincrystalle und Blutpigmentkörperchen enthielt, also auch ein „secundärer" Stein war. Anschliessend an diesen Fall theilt M. einen zweiten mit, bei dem der Stein sehr schwere Erscheinungen, Eiterausfluss, Erysipel, verursacht hatte, ganz im Gegentheil zum erst mitgetheilten Falle. SCHECH.

27) **Cheval** (Brüssel). **Laryngologische Beobachtungen. (Observations de Laryngologie.)** *Journal de Méd., de Chir. etc. No. 14. 1893.*

Ch. theilt einen Fall von Mykosis leptothrit. ganz gewöhnlicher Art mit; sodann einen interessanten Fall von Larven in der Nase eines 10jährigen Mädchens, 3 Stück von Galleria mellonella; das Mädchen hatte vor 6 Monaten Honig zum Essen bekommen, der einen sonderbaren Geschmack hatte. BAYER.

28) **Rheins** (Neuss). **Mittheilungen über Vermis albicans und deren eventuelles Vorkommen in der Nase.** *Der prakt. Arzt. 11. 1893.*

Ein Exemplar von Vermis albicans (durch Leuckart als solche bestimmt) wurde von einer Frau nach einem Niesskrampfe aus der Nase entfernt, nachdem sie vorher 2 Tage lang einen heftigen Schmerz verspürt hatte. Nach Entfernung des Wurmes hörte dieser Schmerz auf. SEIFERT.

29) **F. Le Roy Satterlee. J. Leonard Corning's Methode der Localisation von Heilmittelwirkungen auf das Gehirn mittelst intranasaler Medication und Compression der Jugularvenen. (Dr. J. Leonard Corning's system of localizing the effects of remedies upon the brain by intra-nasal medication and compression of the jugular veins.)** *N. Y. Med. Record. 11. März 1893.*

S. criticisirt die Angaben Woodman's über die Unbrauchbarkeit der Corning'schen Methode und sagt: „Schliesslich ist W. der Ansicht, dass „ehe ein Eindruck auf das Cerebrum erzielt werden kann, vermittelt durch den Circulationsapparat (u. z. den der Nasenhöhle, der mit den intracraniellen Gefässen in directer Communication steht), vorher das Medicament zum Herzen hingetragen werden muss, von wo es dann durch den arteriellen Kreislauf wieder ausgetragen wird."

Ebensogut könnten wir sagen, wenn man Atropin in den Conjunctivalraum träufelt, dann muss es erst zum Herzen gelangen und von da durch die Arterien

zum Hirn, um seine Wirkung auszulösen, anstatt einfach anzunehmen, dass das Mittel seinen Weg ins Cerebrum durch die Vena ophthalmica findet (wobei ein endosmotischer Vorgang statt hat), wie man dies in den letzten 30—40 Jahren stets und zwar mit vollem Recht angenommen hat.

Dass die Lymphbahnen- und Gefässverbindungen zwischen Nasen- und Schädelhöhle eine sehr intime ist, ist durch sorgsamste anatomische Untersuchungen vollständig klar gestellt. Jeder wohlunterrichtete Arzt weiss dies. Was aber noch weit wichtiger ist, das ist die Thatsache, die durch das Experiment bewiesen und ausser jeden Zweifel gestellt ist, dass medicamentöse Substanzen und vor allen anderen die narkotischen Alkaloide, wenn sie in die Nase eingeträufelt werden, dort zur Resorption und durch das Gefässsystem in die Schädelhöhle gelangen. Und dabei kann durch die gewöhnlichen und beständig sich abspielenden exosmotischen Processe das mit dem Medicament beladene Blut eine starke physiologische Wirkung auf das Cerebrum ausüben." LEFFERTS.

30) **J. B. Mattison. Nasale Medication von Morphin und Cocain. (Nasal medication with morphine and cocaine.)** *N. Y. Med. Record. 1. April 1893.*

Beide Medicamente, Morphin wie Cocain, bieten bei ihrer Application durch die Nase eine entschiedene Gefahr. M. hat in Fällen, die er selbst auf diese Weise behandelte, wiederholt rauschartige Erscheinungen gesehen.

LEFFERTS.

31) **J. P. Black. Nasale Medication. (Nasal medication.)** *Indiana Med. Journ. August 1893.*

Die geeignete Behandlung für Nasenkrankheiten ist die mit medicamenthaltiger Luft; Sprays schädigen stets. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **J. Wright. Nasendouchen und Sprays. (Nasal douches and sprays.)** *N. Y. Medical Press. 14. Januar 1893.*

Verf. sagt: „Man glaube nun nicht, dass ich die Gefahren, die die Douche für das Mittelohr mit sich bringt, übersehe oder zu verkleinern versuche, allein nach meiner Erfahrung giebt es gewisse Formen von chronischer Rhinitis, die im allgemeinen durch eine Verstopfung der Drüsenausführungsgänge charakterisirt werden, bei denen jede andere Behandlung oder vielmehr Behandlungsmethode, die nicht ebenso auf Reinlichkeit achtet, so weit hinter der Nasendouche und deren günstigen Resultaten zurückbleibt, dass wir nach meiner Ansicht berechtigt sind, die geringe Gefahr einer Beschädigung des Mittelohrs mit in den Kauf zu nehmen, wenn wir in ausgewählten Fällen und mit Vorsicht von dem Mittel Gebrauch machen.

Ich habe es absichtlich so weit als möglich vermieden, bei meinen allgemeinen Betrachtungen über obiges Thema mich in Details einzulassen, weil die Ansichten in Bezug auf die einzelnen Droguen, sowie auf die verschiedenen Formen der Spray- und Doucheapparate verschiedene und zahlreiche sind und sein müssen.

Von Sicherheitsmassregeln beim Gebrauch von Douche oder Spray merke man:

1. Man sichere sich, dass der Abzugsweg weiter ist als der Eingangsweg. Der Douchestrom ist in die am meisten verstopfte Nasenseite einzuleiten und er fliesst aus der freieren Seite ab. Der Spray darf nur unter sehr geringem Druck bei offener Nase stehen.

2. Niemals erlaube man dem Pat. irgend eine Art von Spritze oder Douche, die mit einem Druck arbeitet, bei sich zu Hause anzuwenden. Man lasse einfach bei rückgebeugtem Kopf den Wasserstrom über die convexe Fläche der Nasenmuscheln fort am Boden der Nasenhöhle entlang laufen.

3. Immer mache man den Pat. auf die Möglichkeit einer Gefahr für das Ohr aufmerksam, empfehle ihm Vorsicht beim Gebrauch der Douche sowie deren Aussetzen, sobald sie Schmerz oder Unbehagen oder Völle im Ohr verursacht, die nicht in ein paar Minuten vorbeigehen.

4. Der Pat. darf sich nicht nach dem Douchen oder Sprayen sehr gewaltsam schnäuzen, weil er dabei die Nasenflügel comprimirt; er soll soweit als möglich die Flüssigkeit ablaufen lassen und sich dann behutsam ohne Compression der Nase schnäuzen.

In meinem Sprechzimmer ziehe ich längst für wässrige Lösungen die postnasale Spritze jeder Art von Sprayapparat vor; in manchen Fällen freilich brauche ich beide."

LEFFERTS.

33) **J. C. Evars. Welches ist die Sphäre des Nasensprays? (What is the sphere of the nasal spray?)** *Americ. Practitioner and News. 22. April 1893.*

Der Wirkungskreis des Spray's ist ein beschränkter. Mit den im allgemeinen angewendeten Medicamenten ist seine Wirkung bei den meisten Erkrankungsprocessen der Nase eine schädliche; nur bei einigen wenigen Erkrankungen ist der Spray angebracht zum Zwecke der Reinigung, niemals aber zu Heilungszwecken. Die meisten Krankheitsprocesse der Nasenwege, die in Behandlung kommen, sind nur durch chirurgische Eingriffe zu bessern oder zu heilen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **W. Freudenthal. Die innere Massage bei Nasen- und Halskrankheiten. (Internal massage in diseases of the nose and throat.)** *Med. Record. 22. Juli 1893.*

Obgleich die Galvanokaustik das am wenigstens eingreifende von allen Adstringentien ist, so hat sich doch herausgestellt, dass wiederholte Cauterisationen einen narbigen Zustand der Schleimhaut schaffen, der öfters ihre physiologische Function beeinträchtigt. Was die sog. tonisirenden und adstringirenden Spray's anlangt, so führt ihre Anwendung stets zu schädlichen Consequenzen.

Eine Therapie, die die Galvanokaustik in weiter Ausdehnung ersetzt, vor allem aber den Spray gänzlich überflüssig macht, hat sich in der directen Massage der Schleimhaut gefunden. — Der Verf. giebt eine Beschreibung der Methode und der erforderlichen Instrumente, ausserdem die detaillirte Krankengeschichte von einigen Fällen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **W. D. Thomas. Eine neue Methode zur Anwendung regulirter Vibrationsmassage bei Krankheiten der Nase und des Halses. (A new method of employing regulated vibratory massage in diseases of the nose and throat.)** *Gaillard's Med. Journal. August 1893.*

Die Methode besteht in der Anlegung eines Instrumentes an den vibrirenden Arm, des Gary Vibrometer's, durch den die Excursion der vibrirenden Bewegung zwischen $^1/_4$ und $^1/_{10}$ Zoll regulirt werden kann bei einer Schnelligkeit von 2—15 Vibrationen in der Secunde; auch die Kraft des einzelnen Stosses lässt sich durch dieses Instrument reguliren von scharfen Stössen bis zu leichten schwingenden Bewegungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **T. A. de Blois. Die Nachwirkungen der nasalen Cauterisation (The after-results of nasal cauterisation.)** *N. Y. Med. Journ. 28. Januar 1893.*

Verf. beschreibt einige Fälle. Er erklärt: „Meine Absicht war nur auf die verschiedenen Formen der späteren Folgen nasaler Cauterisation aufmerksam zu machen. Zuerst auf die Fälle, wo man nicht genug brennt und die Theile bald fast ganz die frühere Form wieder annehmen; dann die Fälle, wo man zu viel thut und eine Nase zu Stande bringt, die voll ist von alten Narben. Zwischen dieser „Scylla" und „Charybdis" muss es natürlich einen mittleren glatten Weg geben; uns aber gelingt es nicht ihn zu finden. Und schliesslich giebt es noch eine gewisse Anzahl Fälle, auf die die Cauterisation überhaupt keine Wirkung zu üben scheint." LEFFERTS.

37) **Ino. G. Taylor. Nasale Cauterisation. (Nasal cauterisation.)** *N. Y. Med. Journal. 16. Februar 1893.*

T. schreibt: „Nach meiner Ansicht ist der Mangel an Erfolg bei dem Brennen stets dadurch verschuldet, dass dasselbe contraindicirt war. In dem acuten Stadium der Hypertrophie fand ich eine constitutionelle Behandlung combinirt mit der lokalen Anwendung von Adstringentien stets für vollständig ausreichend, um eine Heilung zu erzielen. Wo Magen, Leber oder Nieren in Unordnung sind, müssen diese erst in Angriff genommen werden, Rheumatismus und Gicht sind, wo sie mitwirken, natürlich im Voraus auszuschalten. Für die lokale Behandlung giebt das Jod-Tannin die besten Resultate, das Gewebe wird blass und kehrt in seine normalen Verhältnisse zurück. Ist die Hypertrophie chronisch, so wird am schnellsten und am dauerndsten Heilung erzielt durch die sorgfältige Anwendung des Cauters. Ich sah in den letzten 6 Jahren niemals ein Recidiv. Ich reinige die Nase zuerst durch eine antiseptische Auswaschung mittelst Borsäurelösung oder Sublimat, trockne sie dann mit Watte, cocainisire und nehme dann den nahezu weissglühenden Cauter, wobei ich mich natürlich sichere, dass ich nur die hypertrophirte Fläche brenne und nichts anderes; niemals brenne ich bis auf den Knochen, eher halte ich etwa in der Mitte des submucösen Gewebes ein. Nach der Operation applicire ich eine Salbe von Cocain und Vaselin."

LEFFERTS.

38) **G. V. Woolen. Nasale Cauterisation. (Nasal cauterisation.)** *Indiana Med. Journal. April 1893.*

W. betont die verschiedenen Gefahren der missbräuchlichen Anwendung des Cauters in der Nase. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **W. Freudenthal. Asepsis oder Antisepsis in der Nasenchirurgie? (Asepsis or antisepsis in nasal surgery?)** *N. Y. Med. Journal. 11. Februar 1893.*

Die verschiedenen Methoden, die für die Antisepsis bei den Operationen in der Nase vorgeschlagen werden, geben ein Bild von der Unklarheit, die noch auf diesem Gebiete herrscht; empfehlen doch die einen mit Emphase offene Wundbehandlung, während die anderen „hermetischen" Schluss der Nase verlangen. Es gilt, um Klarheit zu gewinnen, über folgende Punkte schlüssig zu werden:

1. Ist eine stricte Antisepsis bei der nasalen Chirurgie überhaupt möglich?
2. Ist dieselbe nothwendig?

Der Verf. spricht die Frage 1 durch und kommt zu dem Schluss, dass weder vor, noch nach der Operation eine absolute Antisepsis möglich ist; er geht dann zu der zweiten sehr wichtigen Frage über, ob denn die Antisepsis bei nasalen Operationen überhaupt nöthig ist, auch diese Frage wird verneint. F. lässt alle antiseptischen Spray's und Waschwässer bei Seite. Er versucht die Secrete zu entfernen, indem er einfach einen Spray von lauwarmen Wasser ohne besonderen Druck durch die Nase leitet. Danach applicirt er eine Cocainlösung und fordert nun den Pat. auf, ziemlich kräftig durch die Nase zu blasen. Er will dadurch eine Bespülung des gesammten Operationsfeldes mit dem normalen Secret der Schleimdrüsen, das natürlich aseptisch ist, erzielen. Damit sind aber auch alle Vorbereitungen für die Operation beendet. Zweckmässig kann auch für die Reinigung der Schleimhaut eine physiologische Kochsalzlösung, $7^1/_2$ pM. mit $2^1/_2$ pM. Natr. causticum, benutzt werden; diese Lösung hat die Alkalescenz des Blutes und beeinträchtigt die Function der Schleimhaut in keiner Weise. Geboten ist es immer, die Blutung gleich zu stillen; wenn eine dichte Blutschicht die ganze Wunde bedeckt, verhüten die schützenden Eigenschaften des Blutserums jede Infection. Häufig jedoch geht diese natürliche Schutzdecke bald verloren, indem sie abfällt oder durch starkes Schnäuzen oder durch erneute Blutung entfernt wird und dann kann leicht eine Infection durch die in der Luft enthaltenen Keime erfolgen. Deshalb legt F. jetzt eine dichte Collodiumschicht mit einem Wattetampon über die Wunde; die Watte, die nur vor der Kälte schützen soll, entfernt der Pat. bei sich zu Hause; die Collodiumschicht wird anfangs täglich erneuert; hat sich später ein Schorf gebildet, so ist die weitere Nachbehandlung eine offene. Diese nach Asepsis strebende einfache Methode scheint F. vernünftiger und leistet ihm bessere Dienste als der ganze complicirte Apparat der Antisepsis. LEFFERTS.

40) **M. F. Coomes. Bericht über nasale Chirurgie mit einigen illustrirenden Krankengeschichten. (Report on nasal surgery with illustrating cases.)** *Am. Practitioner and News. 26. August 1893.*

C. theilt 2 Fälle mit, in denen Deformitäten der Nase operativ beseitigt wurden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Winckler** (Bremen). **Ueber den Gebrauch von Dilatationssonden in der Rhinochirurgie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1893.*

W. construirte rechteckig geformte, neusilberne Nasensonden in zwei Grössen zum Einlegen in den unteren Nasengang; die Ecken und Kanten müssen gut abgerundet sein; die Dicke der Sonden beginnt mit 1 mm und endigt mit 5 mm, so dass man von jeder Sorte 10 Nummern vorräthig haben muss. Die Sonden dienen diagnostischen und therapeutischen Zwecken; nach vorheriger Cocainisirung des Nasenbodens und Einreiben der Sonde mit Cocainvaselin wird dieselbe in die Nase eingeführt und bis zum weichen Gaumen vorgeschoben. Angewendet werden sie bei Schleimhauthypertrophien der unteren Muschel, die einen Blick in die Tiefe nicht gestatten. Contraindicirt ist die Einführung der Sonde bei Stauungserscheinungen in den Orbitalgefässen. Besonders zu empfehlen sind die Sonden bei Synechien, wo sie nach der Operation vom Patienten selbst 6 bis 12 Wochen lang behufs Verhütung der Wiederverwachsung eingeführt werden. Mit Erfolg wandte W. die Sonden auch einmal an bei partiellem knöchernen Verschluss der einen Choane. SCHECH.

42) **Lennox Moore** (London). **Ein verbessertes Nasenspeculum. (Improved nasal speculum.)** *Brit. Med. Journal. 22. Juli 1893.*

Beschreibung des Instrumentes. MACKENZIE-JOHNSTON.

43) **H. Macnaughton Jones** (London). **Nasensonde und Wattebauschträger. (Nasal probe and cotton-holder.)** *Lancet. 12. August 1893.*

Das Instrument kann in der Tasche getragen werden; ist es nicht in Gebrauch, so schraubt man die eigentliche Sonde in eine hohle Röhre hinein; das eine Ende der Sonde ist abgeflacht, um leichter Chromsäure, Cocain oder Silber appliciren zu können. MACKENZIE-JOHNSTON.

44) **E. Winkler** (Bremen). **Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in der Nase.** *Therapeut. Monatsh. 1893. Sept.*

Auf plattenförmigen Aetzmittelträgern wird eine dünne Schicht flüssiger Trichloressigsäure in die Nase eingeführt. A. ROSENBERG.

45) **L. Beco** (Lüttich). **Die adenoiden Wucherungen des Nasenrachenraumes oder die Hypertrophie der Nasenrachentonsille vom Standpunkt des Praktikers aus. (Les tumeurs adénoides du pharynx nasal ou l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne au point de vue du médecin practicien.)** Liège, Imprimerie A. Faust. 1893.

Sehr fleissige Arbeit, welche alles enthält, um den Praktiker mit dem Gegenstand bekannt zu machen. BAYER.

46) **H. Holbrook Curtis. Adenoide Geschwülste des Rachens. Ihre Beseitigung. Blutungen bei derselben und deren Verhütung. (Adenoid growths of the pharynx. Their removal. Hemorrhage and its prevention.)** *N. Y. Therapeutic Gazette. Januar 1893.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

47) **Edmund Owen** (London). **Adenoide Vegetationen bei Kindern. (Post nasal growths in children.)** *Brit. Med. Journal. Febr. 18. 1893.*

Am 2. Februar 1893 hielt Owen in der Harveian Society of London einen Vortrag über den im Titel genannten Gegenstand, der von einer Discussion gefolgt war. an welcher sich viele Londoner Laryngologen betheiligten. Weder der Vortrag noch die Discussion selbst förderte viel Neues zu Tage, doch verlohnt sich die Lectüre des Originals für diejenigen, welche zu wissen wünschen, welches der gegenwärtige Zustand dieser Frage in England ist. Natürlich hatte fast jeder der Redner kleine Modificationen der Operationsmethode zu empfehlen; bemerkenswerth ist aber die Einstimmigkeit, mit welcher die allgemeine Narkose gegenwärtig in England für die Operation in Anwendung gezogen wird. Es fehlte jedoch nicht an Warnungen hinsichtlich der Bedenklichkeit derselben, und Mr. Butlin erwähnte eines Chloroformtodes in seiner eigenen Praxis, während von anderen Seiten ähnliche Vorkommnisse wenigstens angedeutet wurden. Die allgemeine Meinung ging dahin, dass die Narkose nicht bis zum Erlöschen des Hustenreflexes getrieben werden dürfe. — Hinsichtlich der Körperhaltung des Pat. gingen die Meinungen ziemlich weit auseinander; einige Operateure bevorzugen die sitzende, andere die nach vornübergebeugte Haltung des Pat.; die Mehrzahl aber scheint sich der Rückenlage mit herabhängendem leicht zur Seite gedrehten Kopfe zu bedienen, wie sie von dem Referenten im Centralblatt (VI. p. 330) genauer beschrieben worden ist. — Auch hinsichtlich der zur Operation benutzten Instrumente walten viele Verschiedenheiten vor: der Eine operirt mit dem Fingernagel, der Andere mit der Zange, die meisten mit der Gottstein'schen Curette. Der Referent hob hervor, dass nach seiner Erfahrung Recidive am häufigsten nach Operationen mit dem Fingernagel vorzukommen scheinen. — Die Nachbehandlung scheint meistentheils eine rein expectative zu sein.

An der Discussion betheiligten sich die Herren Butlin, Lennox Browne, T. Mark Hovell, Soanes Spicer, Rayley Owen, Felix Semon, Silk, William Hill und William Holloway. SEMON.

48) **E. Owen. Adenoide Geschwülste. (Adenoid growths.)** *Medical Mirror. April 1893.*

O. zieht zur Beseitigung der adenoiden Vegetationen den Gebrauch des Fingers jedem Instrumente vor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **E. L. Estabrook. Postnasale Adenoidgeschwülste. (Post nasal adenoid growths.)** *New England Med. Monthly. Mai 1893.*

Eine Uebersicht über die Aetiologie, Pathologie, die Symptome und Behandlung dieses Leidens, sowie über die neuesten Theorien über dasselbe.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **Paul Raugé** (Challes). **Ueber adenoide Wucherungen. (Les végétations adénoïdes.)** *Semaine médicale. 3. Juni 1893.*

Eine klare Beschreibung und gute Uebersicht über diese Frage, die aber nichts Neues beibringt. LUC.

51) **H. Drinkwater** (Wrexham). **Blutung infolge von adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Haemorrhage from adenoid vegetations of the nasopharynx.)** *Brit. Med. Journal. 24. Juni 1893.*

Gelegentliche Blutungen — einmal in ziemlich erheblicher Menge —, die, wie sich herausstellte, aus dem Nasopharynx kamen. Nach der Entfernung der adenoiden Geschwülste kamen die Blutungen nicht wieder.

MACKENZIE-JOHNSTON.

52) **Menière** (Paris). **Ueber adenoide Geschwülste. (Des tumeurs adénoides.)** *Bulletin médical. 27. August 1893.*

Eine Revue über den Stand der Frage; nichts Neues. LUC.

53) **Victor Lange. Ueber eine häufig vorkommende Ursache von der langsamen und mangelhaften geistigen Entwicklung der Kinder.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 6 u. 7.*

Vortrag in der pädagogischen Gesellschaft zu Copenhagen vor Laien gehalten, bringt den Fachgenossen nichts Neues. LANDGRAF.

54) **W. H. Bates. Ein Fall von chronischer Taubheit verursacht durch adenoide Wucherungen im Nasopharynx. (A case of chronic deafness caused by adenoid vegetations in the nasopharynx.)** *N. Y. Med. Journ. 27. Mai 1893.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

55) **J. Hewitt. Adenoide Geschwülste als Ursache von Ohrerkrankungen bei Kindern. (Adenoid growths as a cause of ear diseases in children.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1893.*

Die meisten Fälle von Mittelohrerkrankung bei Kindern sind bedingt durch die adenoiden Wucherungen auf der Nasen- und Mundrachenschleimhaut.

Die adenoiden Wucherungen afficiren das Mittelohr durch die Störung der Function der Eustachischen Tuben: Erst wird nämlich durch den Verschluss der Trompete die Luft in der Paukenhöhle verdünnt, das Trommelfell wird in Folge davon eingezogen und es entsteht Taubheit und Ohrensausen; dann entsteht durch die Luftverdünnung Hyperämie, Hypersecretion und in Folge hiervon bilden sich Adhäsionen, Verdickungen und Ankylosen, oder es kommt zur Eiterung und Nekrose. Die einzige Behandlungsform, die zufriedenstellende Resultate gewährt, ist die chirurgische Entfernung der Wucherungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **A. H. Smith. Ein Ausfluss aus dem Mittelohr zeitweilig beseitigt durch die Entfernung adenoider Geschwülste aus dem Rachen. (A discharge from the middle ear temporarily arrested by the removal of adenoid growths from the pharynx.)** *Med. Record. 19. August 1893.*

Der 12jährige Patient litt seit 2 Jahren an Mittelohrerkrankung mit Perforation der Shrapnell'schen Membran; es bestand sehr reichlicher und stark übelriechender Ausfluss. Da sich im Rachengewölbe ausgedehnte adenoide Wucherungen fanden, wurden dieselben mit der Zange und dem scharfen Löffel entfernt. Nach der Operation nahm der Ausfluss aus dem Ohr zusehends ab und

eine kurze Zeit lang blieb er ganz weg. Mit der Vernarbung der Wundfläche aber kehrte er wieder, und bald war er wieder so stark wie vordem.

Es erscheint wahrscheinlich, dass die ausgedehnte Wunde, die durch die Operation geschaffen war, in so activer Weise als Derivans auf das Mittelohr wirkte, dass sie, so lange sie bestand, die dort sich abspielende eitrige Sekretion aufhob.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Die Entfernung von adenoiden Wucherungen. (Het verwijderen van adenoide vegetaties.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1893. I. N. 13.*

Für Nicht-Specialisten bestimmte Besprechung der Operationsmethoden. M. benutzt mit Vorliebe das Gottstein'sche Messer. Zur Nachbehandlung empfiehlt er eine pneumatische Cur.

H. BURGER.

58) **J. F. W. Silk** (London). **Anaesthetica bei der Operation adenoider Geschwülste. (Anaesthetics in operations for adenoid growths.)** *Lancet. 4. März 1893.*

S. giebt in einem Briefe an den Herausgeber der Ansicht Ausdruck, dass es, welches Anästheticum man auch immer in diesen Fällen brauchen möge, praktisch von Bedeutung sei, sobald einmal eine Narkose erzielt ist, nur noch so wenig als irgend möglich von dem Anästheticum zu geben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

59) **W. H. Bates. Neue Instrumente zur Entfernung adenoiden Gewebes. (New instruments for the removal of adenoid tissue.)** *Med. Record. 2. September 1893.*

B. giebt zuerst eine Zange an, die oberhalb und hinter der Tuba Eustachii angelegt wird. Der schneidende Rand derselben geht ringsherum, so dass kein Zug ausgeübt werden braucht und die Operation schmerzlos vor sich geht.

Das zweite Instrument soll durch die Nase hindurch angewendet werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

c. Mundrachenhöhle.

60) **Doernberger** (München). **Ueber das Vorkommen der Streptococcen in der normalen und kranken Mundhöhle der Kinder.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. 35. 1893.*

Spirillen konnte D. bei zahnlosen Kindern niemals finden. Streptokokken in der Mundhöhle liessen sich nicht nur bei verschiedenen pathologischen Zuständen der Mundhöhle, sondern auch unter normalen Verhältnissen derselben in einer grossen Anzahl von Fällen nachweisen. Wenn auch D. bei Angina lacunaris, sei es im direkten Präparat, sei es mittelst Cultur oder auf beiden Wegen, Streptokokken fand, so kann er doch von keiner der untersuchten Affectionen sagen, dass sie wirklich ausschliesslich Streptokokkeninfection gewesen sei.

Ausserdem wurden noch bakteriologisch untersucht Stomatitis aphthosa

und gangraenosa, Pemphigus, Herpes, Angina catarrhalis und luetische Tonsillenerkrankungen. SEIFERT.

61) **Hartmann** (Münster i. W.). **Zur Desinfection des Kindermundes.** *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. November 1893. Deutsche Medis. Ztg. 93. 1893.*

H. benutzt zur Desinfection des Mundes Plätzchen nach folgender Vorschrift dargestellt:

Rp. Sacch. 200,0.
Ol. Menth. pip. 1,0.
Thymol. 0,2.
Spirit. absol. 2,0.
Succ. un. Citr. adde fruct. Vanillae.
M. f. rotul. No. 400.

Hiervon werden je nach dem Alter des Kindes mehrere des Tages verabfolgt mit der Weisung, dieselben im Munde vergehen zu lassen. SEIFERT.

62) **Babes. Ueber einen die Gingivitis und Haemorrhagien verursachenden Bacillus bei Scorbut.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1893. No. 43.*

Babes hat bei Scorbut im Zahnfleisch einen Bacillus gefunden, von welchem er behauptet, dass er in causalem Nexus zu den charakteristischen Zahnfleischveränderungen steht. Reinculturen dieses schwer zu züchtenden Bacillus rufen bei Kaninchen ausgedehnte Blutungen hervor. LANDGRAF.

63) **Andrew Stewart** (Birkenhead). **Syphilitisches Geschwür im Munde. (Syphilitic ulcer of the month.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Juli 1893.*

Es scheint sich um einen harten Schanker gehandelt zu haben.

P. MC BRIDE.

64) **M. Kahn** (Würzburg). **Ueber Papillome der Mundrachenhöhle.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

K. sah in Seifert's Ambulatorium 71 Pat. mit 83 Papillomen, von denen 30 entfernt und mikroskopisch untersucht wurden. Sie finden günstige Entwicklungsbedingungen bei chronisch entzündlichen oder catarrhalischen Alterationen, sei es der Schleimhaut der Nase und des Rachens in toto, sei es des folliculären Apparates. Wenn auch die erste Stufe der Entwicklung in dem Auswachsen der Papillen zu suchen ist, so tritt doch im weiteren Wachsthum das Bindegewebe gegenüber der activen Rolle des Epithels völlig in den Hintergrund.

Manchmal machen partielle Hypertrophien des cytogenen Gewebes der Tonsille makroskopisch den Eindruck von Papillomen; ebenso die Hypertrophie der Papillae fungiformes, die aber wegen Mangels einer dendritischen Verzweigung sowie wegen des ausgesprochenen Ueberwiegens des Bindegewebes sich scharf von den wahren Papillomen unterscheiden. A. ROSENBERG.

65) **S. Laserstein** (Rostock). **Ueber die Anfänge der Absonderungswege in den Speicheldrüsen und im Pankreas.** Aus dem physiologischen Institut zu Rostock. *Pflüger's Arch. 1893. 55. Bd. 9. u. 10. Heft.*

Aus seinen Untersuchungen glaubt sich L. zu dem Ausspruch berechtigt,

dass die Frage nach dem Vorhandensein von Speichelcapillaren nunmehr erledigt sei. Die secernirenden Epithelzellen der Eiweissdrüsen und der Bauchspeicheldrüse stehen durch feine, an ihrem Ende oft verzweigte Secretwege mit den Binnenräumen der Alveolen in Verbindung. Diese letzteren Absonderungswege treten wahrscheinlich nicht allein an die Zellen heran, sondern gehen auch in sie hinein und nehmen wohl in kleinsten Hohlräumen der Zelle ihren Anfang.

A. ROSENBERG.

66) C. **Masucci** (Neapel). **Ueber Krankheiten der Speicheldrüsen. (Sulle affezioni delle glandule salivari.)** *Giorn. int. delle Sc. Med. 1893. No. 10.*

Eine klinische Vorlesung. Es wird die Anatomie und die wichtigsten Erkrankungen der Speicheldrüsen besprochen. TOTI.

67) C. A. **Bergh** (Schweden). **Lithiasis ductus Stenoniani, Tumor salivalis, Exstirpatio lithiasis, Dilatatio duct. Stenon.** *Eira. 1893. S. 359.*

Heilung. SCHMIEGELOW.

68) J. **Croft. Aphthen. (Aphthae.)** *Med. Age. 25. März 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **Siegel. Ueber Aphthenseuche.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 41.*

S. stellt einige typische Fälle vor und macht auf die Schwierigkeit der Diagnose subchronisch verlaufender Fälle aufmerksam, in denen die Kranken hochgradiges Schwindelgefühl, chronische Obstipation, Druckgefühl in Magen- und Lebergegend und Kräfteverfall aufweisen. LANDGRAF.

70) G. **Pacinotti** (Camerino). **Vergleichend-pathologische Studie über Aphtha epizootica. (Nota di patologia comparata relativamente all'afta epizootica.)** *Boll. delle Mal. dell'Or, 1893. No. 6.*

In einem Dorfe, in dem eine Epidemie von dieser Krankheit mehrere Schweine und Ochsen befallen hatte, erkrankte auch ein 2jähriges Kind daran. P. unterzog den Fall einer eingehenden bakteriologischen Untersuchung und kam zur Ueberzeugung, dass beim Kinde eine vorherige Invasion der Mundschleimhaut durch Soorpilze den günstigen Nährboden zur Ansiedlung des die Aphtha epizootica verursachenden besonderen Streptococcus geschaffen hatte. TOTI.

71) **Lazar Suceveanu** (Bukarest). **Schweinebräune und Halsbräune der Kinder. (Branca godacilor si bolfele copiilor.)** *Spitalul. 1893. No. 16.*

Verf. setzt die Gründe auseinander, warum er die in einigen Gegenden Rumäniens herrschende Halskrankheit der Ferkel für identisch mit der Diphtherie hält und mahnt zu genauerer Untersuchung der Sache. SENTINON.

72) **Boas. Maul- und Klauenseuche beim Menschen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 40.*

Unter Bezugnahme auf die Siegel'sche Arbeit (cfr. No. 69), bespricht B. diese in nächster Nähe Berlins jetzt endemische Krankheit, ohne den Siegel'schen Mittheilungen wesentlich Neues hinzuzufügen. LANDGRAF.

73) **Kafemann. Parästhesien des Schlundes.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 36.*

K. hält Paraesthesien des Schlundes häufig bedingt durch Erkrankungen des Fornix und empfiehlt in diesen Fällen Schlitzung der zahlreichen Canäle und Recessus und Aetzung mit Höllenstein resp. Chromsäure. Auch die Rosenmüller'schen Gruben sind so zu behandeln. LANDGRAF.

74) **Fischer** (Gehren). **Ueber die angeborenen Formfehler des Rachens.** Dissert. Würzburg. 1893.

Zusammenstellung der in Literatur mitgetheilten Formfehler des Rachens, welcher eine Anzahl der schon früher von Jurasz mitgetheilten Fälle beigefügt ist, wie die Defecte in den Gaumenbögen, Tonsilla pendula etc. SEIFERT.

75) **Krakenbeger** (Fürth). **Beitrag zur Mikroskopie einiger Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle.** Dissert. Würzburg. 1893.

Bei 579 an verschiedenen in der Poliklinik behandelten Fällen wurde die Mundrachenhöhle auf Beläge und Pfröpfe untersucht. 11 mal fand K. Mykosis leptothric. pharyngis, 1 mal Soor bei einem Erwachsenen und 1 mal Aphthen. SEIFERT.

76) **Kelly Brown** (Glasgow). **Ein Fall von Mycosis leptothricia des Rachens. (Case of pharyngo-mycosis leptothricia.)** *Glasgow Med. Journal. August 1893.*

Der Bericht enthält keine Details. In der Discussion empfahl Kenton den Galvanokauter; Buchanan hob hervor, dass sich die Organismen in Jod in alkalischer Lösung nicht färben, dass sie dagegen in saurer Lösung die Farbe annehmen; deshalb könnte die letztere vielleicht in der Therapie von Nutzen sein.

P. MC BRIDE.

77) **Max Stern. Ueber Pharyngomykosis leptothricia.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 20. 1893.*

Mittheilung zweier Fälle; sonst nichts Neues. SCHECH.

78) **James Wood. Ein Fall von Mycosis leptothricia des Rachens. (A case of leptothricic pharyngeal mycosis.)** *Phila. Med. News. 7. October 1893.*

Die Rachenschleimhaut war etwas congestionirt und die Oberfläche beider Tonsillen dicht besetzt mit weissen pyramidenförmigen Körperchen, die aussahen wie der sog. weisse Käse. Aehnliche Körperchen sassen auch an der seitlichen Rachenwand und eine fast solide Masse dieser Gebilde nahm die Einsenkung zwischen dem vorderen und hinteren Gaumenbogen ein. An der Basis und den Seiten der Zunge fanden sich nur ein paar dieser weissen Pfröpfe.

Die Behandlung war folgende: Die Excrescenzen wurden aus der Schleimhaut mit einem mässig starken Löffel ausgeschabt und danach eine starke Lösung von Ferrum subsulfuricum applicirt. Nachdem alles entfernt war, war 2 Tage nachher die Geschwulst wieder in der alten Stärke da. Das Curettement wurde fortgesetzt und die verschiedensten Stoffe mehrere Wochen lang applicirt, jede paar Tage ein anderer, alles aber ohne Erfolg. Eine merkbare Besserung erfolgte

unter dem Gebrauche von Natr. bicarbonicum, das über die erkrankten Flächen verstäubt wurde; jedoch war auch diese Besserung nur vorübergehend.

Die Anwendung des Electrokauters, des Messers, sowie scharfer Aetzmittel hatte Pat. verweigert, so dass von jedem activen Eingriff Abstand genommen werden musste. LEFFERTS.

79) **M. B. Blumenau. Primäre Gangrän des Pharynx. (O perwitschnoi gangrene sewa.)** *Med. obosr. 1893. No. 12.*

Nach vorhergehenden Catarrh des Rachens und des Kehlkopfs, zeigte sich bei einem Soldaten auf der rechten Mandel ein gangränöses Geschwür von $1/2$ cm Durchmesser. Dasselbe breitete sich, trotz aller Behandlung, allmählich aus und im Verlaufe von 3 Wochen waren die rechte Mandel, der weiche Gaumen und die beiden Gaumenbögen rechterseits gangränös zerfallen. Während der ganzen Zeit bestanden starke Schmerzen beim Schlucken, starker Foeter ex ore und hohe Temperatur. Pat. starb am Ende der 3. Woche.

Section. Der weiche Gaumen, die Gaumenbögen und die Mandel rechterseits, ebenso die Zungenwurzel, bis zur Epiglottis herab, gangränös zerfallen.

Verf. hält diese Erkrankung für eine primäre Gangrän, was nicht ganz unanfechtbar ist, da aus der Krankengeschichte zu ersehen ist, dass Pat. ausser an acutem Catarrh an Schwellung und Blutung des Zahnfleisches und Blutungen aus der Nase gelitten hatte, was den Verdacht auf Scorbut erregt. Diese Krankheitserscheinungen dauerten noch fort, als die Gangrän begann. LUNIN.

80) **Hicquet** (Brüssel). **Halsaffectionen bei Spätformen hereditärer Syphilis. (Des lésions de la gorge dans la syphilis héréditaire tardive.)** *Policlinique. No. 16. 1892. No. 2. 1893.*

An der Hand dreier Fälle, in welchen die syphilitischen Läsionen den Pharynx, die Gaumenbögen und das Velum afficirt hatten, bespricht H. die Pathogenie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der Spätformen hereditärer Halssyphilis. BAYER.

81) **R. Park. Gastrotomie wegen syphilitischer Rachenstenose. (Gastrotomy for syphilitic stenosis of the pharynx.)** *International Med. Mag. Juli 1893.*

Eine klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Behaarter Rachenpolyp, von der seitlichen Rachenwand ausgehend. Operation fünf Stunden nach der Geburt wegen Asphyxie. Heilung.** *Der ärztl. Praktiker. 1893. No. 46.*

Der Titel deckt den Inhalt. Der Polyp stellte ein Teratom dar.

A. ROSENBERG.

83) **H. T. Bewley** (Dublin). **Ein Fall von Pharyngealspasmus. (A case of pharyngeal spasm.)** *Dublin Journal of Med. Science. Juli 1893. Lancet. 22. Juli 1893.*

Der Pat., der einige Jahre in Indien zugebracht und zur Anamnese angegeben hatte, dass er „ein Blutgerinnsel im Gehirn“ gehabt habe, befand sich am

27. Sept. 1892 bei guter Gesundheit, am nächsten Morgen aber war er unfähig zu schlucken und litt an beständigem Singultus. Feste Speisen gingen eher hinab als flüssige, doch machte ein Versuch, Brod zu essen, grosse Schwierigkeiten; es sammelte sich Schleim im Halse an, Pat. verschluckte sich, es erfolgten heftige Rachen- und Kehlkopfspasmen, dagegen bestanden keine eigentlichen Athembeschwerden. Ein grosser Theil des Brodes wurde regurgitirt, jedoch nicht alles; von Flüssigkeiten dagegen kam alles wieder zurück. Zuerst fühlte der Pat. sich hierbei ganz wohl, dann aber stieg die Temperatur leicht an und der Urin enthielt etwas Eiweiss. Der Singultus scheint fortgedauert zu haben. Trotz Nährklystiere und trotz der Fütterung durch die Magensonde, die sich leicht einführen liess, starb der Pat. plötzlich am 3. October, dem 6. Tage seiner Krankheit. Die Section ergab nur eine leichte Verdickung der Arachnoidea, leichte Atrophie der Hirnwindungen nahe dem Sinus longitudinalis und eine etwas granuläre Beschaffenheit am Boden des 4. Ventrikels, ferner Pigmentirung in einigen Zellen der Medulla. Der Autor hält den Fall für eine Lähmung des Oesophagus. Purser denkt an eine Bulbärparalyse mit rapid progressivem Character.

P. MC BRIDE.

84) **Werner** (Markgröningen). **Retropharyngeal-Abscess.** *Memorabilien. XXXVII. 9. 1893.*

Fall von Retropharyngeal-Abscess bei einem $^{5}/_{4}$jährigen Kinde durch Incision vom Munde aus geheilt.

SEIFERT.

85) **Neumann** (Berlin): **Zur Kenntniss der acuten idiopathischen Entzündung der retropharyngealen und oberen tiefen cervicalen Lymphdrüsen.** *Archiv f. Kinderheilk. XV. 5. 6. 1893.*

Die früher von N. gemachten Beobachtungen (s. d. Centralblatt VIII, p. 507) erfahren durch die vorliegenden Mittheilungen eine Erweiterung. Es kamen zur Beobachtung 23 Fälle von akuter und idiopathischer phlegmonöser Entzündung der hinter dem Kieferwinkel gelegenen oberen tiefen Cervicaldrüsen und zwar ohne Betheiligung der retropharyngealen Lymphdrüsen, sowie 24 Fälle von gleichzeitiger phlegmonöser Entzündung der oberen tiefen cervicalen und der retropharyngealen Lymphdrüsen. Eine isolirte Entzündung der retropharyngealen Drüsen kam diesmal nicht zur Beobachtung. In $^{2}/_{3}$ der Fälle liess sich als Ursache der Lymphadenitis ein Catarrh der Nase resp. des oberen Rachenraumes ermitteln, während in $^{1}/_{3}$ bei beiden Krankheitsgruppen kein ursächlicher Catarrh zu ermitteln war.

SEIFERT.

86) **Kr. Poulsen** (Kopenhagen). **Ueber Halsabscesse. (Om Abscesser paa Halsen.)** *Nord. Med. Archiv. 1893. No. 12.*

In dieser vom anatomisch-chirurgischen Standpunkte geschriebenen Abhandlung, in welcher der Verf. besonders die anatomischen Lageverhältnisse der Abscesse untersucht, setzt P. den näheren Befund bei 130 Halsabscessen (alle in dem Kommunehospital zu Kopenhagen behandelt) auseinander. Von den 530 Abscessen interessiren uns nur die 16 Retrovisceralabscesse näher. 3 von diesen waren spondylitische (1 bei einem Erwachsenen, 2 bei Kindern).

während es sich bei den übrigen 13 um Adenophlegmone handelte (12 bei Kindern, 1 bei einem 32jährigen Manne). Wenn diese Abscesse sich im Pharynx localisirten, wurden sie dort incidirt. Hatte die Suppuration sich dagegen in die Lateralgegend des Halses verbreitet, so wurde der Abscess durch eine Incision entweder vor oder hinter dem Musc. sternocleidomastoideus eröffnet.

SCHMIEGELOW.

87) **Emil Mayer. Eine neue Rachen-Curette. (A new pharyngeal curette.)** *N. Y. Med. Record. 23. September 1893.*

Die Curette dient zur Abschabung der hinteren Rachenwand und zur Entfernung derjenigen adenoiden Gewebsmassen, die nach unten zu im Rachengewölbe liegen.

Eine Abbildung zeigt das Instrument etwa in halber Grösse. Dasselbe ist leicht zu desinficiren und kann, entsprechend seiner Form, leicht alle Theile des Rachens erreichen.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

88) **Lazar Suceveanu** (Bukarest). **Zur Aetiologie der Diphtherieepidemie im District Muntele des Kreises Suceava. (Contributiuni la etiologia epidemiei de difterie din plasa Muntele, judetul Suceava.)** *Spitalul. 1893. No. 15.*

Nur von lokalem Interesse.

SENTINON.

89) **Carl Janson** (Stockholm). **100 Fälle von pseudomembranöser Angina mit besonderer Rücksicht auf das Vorhandensein von Diphtheriebacillen (Klebs-Löffler) untersucht. (100 Fall af pseudomembranös angina, undersökta särskildt med hensyn til förekomsten af difteribacillen [Klebs-Löffler]).** *Hygiea. April 1893. S. 407.*

Die Fälle sind nach den Angaben von Roux und Yersin bakteriologisch durch Anlagen von Kulturen auf Serum untersucht. Den Pseudodiphtherie-Bacillus hat der Vf. in ein Paar Fällen angetroffen.

In 63 Fällen wurde der Diphtherie-Bacillus nachgewiesen, in 37 wurde er nicht angetroffen. Von diesen letzten waren 17 scarlatinöse und 20 gewöhnliche anginöse Entzündungen. In 10 von diesen 20 Fällen wurden Streptococcen ausschliesslich oder in überwiegender Menge vorgefunden. In mehreren dieser Fälle waren die allgemeinen Symptome ziemlich schwer und die Pseudomembranen ganz bedeutend, sie hatten sich in 3 Fällen noch ausserhalb der Tonsillen ausgebreitet, so dass eine richtige Diagnose in diesen Fällen nur mittelst der bakteriologischen Untersuchung möglich war.

SCHMIEGELOW.

90) **M. Uwarow** (Moskau). **Biologische Bemerkungen über Diphtheritis. (Neskolko biologitscheskich dannich po diphtherii.)** *Wratsch. 1893. No. 17.*

In einem Vortrage hat Vf. seine Beobachtungen über die Diphtheritis mitgetheilt, die er in Süd-Russland im Verlaufe von 17 Jahren gesammelt hat. Die

Diphtheritis-Epidemien erreichen in den Monaten October und November ihren Höhepunkt, dann beginnen sie nachzulassen um im Sommer fast zu erlöschen. Zuweilen wurden kleine Zunahmen der Erkrankungsfälle im April und Mai verzeichnet. An Diptheritis erkrankten fast ausschliesslich Kinder von 1—10 Jahren; je jünger das Kind, desto gefährlicher die Krankheit. Die Verbreitung der Diphtheritis geschieht meist durch Ansteckung. Bei der russischen Landbevölkerung, welche die Kranken nicht isolirt, verbreitet sich die Epidemie sehr schnell, während bei den deutschen Colonisten, die die Diphtheritis für contagiös halten und die Kranken von den Gesunden trennen, die Diphtheritis meist seltener vorkommt. LUNIN.

91) **W. R. D. Blackwood. Die Genauigkeit in der medicinischen Nomenclatur — Croup und Diphtherie. (Accuracy in medical nomenclature — Croup and diphtheria.)** *Southern Clinic. Mai 1893.*

Beide Krankheiten sind nach B. verschieden und sollten nicht zusammengeworfen werden; so etwas wie diphtheritischen Croup giebt es garnicht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **W. D. Booker. Ein Fall von Combination von Diphtherie, Masern und Windpocken. (A case of combined diphtheria, measles and chichen pox.)** *Archives of pediatrics. Mai 1893.*

Der Pat., ein 3jähriges Kind, litt an Diphtherie allein seit etwa 10 Tagen. Die Maserninvasion und die Eruption der Windpocken machten sich zu gleicher Zeit geltend. Nachdem der Hals sich nahezu ganz von Pseudomembranen gereinigt, traten wieder frische Beläge in demselben gleichzeitig mit dem Ausbruch des Masernexanthems auf. Es ist anzunehmen, dass der durch die Wirkung der Masern gesetzte Zustand des Halses und der Luftwege das Uebergreifen der Diphtherie auf diese Theile begünstigte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **Fagnet** (Bordeaux). **Keuchhusten, diphtheritische Angina und Croup. Tracheotomie. Heilung. (Coqueluche, angine diphtéritique croup. Trachéotomie. Guérison.)** *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux. 14. Mai 1893.*

Der Titel erklärt den Inhalt zur Genüge. LUC.

94) **C. E. Matthews** (Dartford). **Postscarlatinöse Diphtherie. (Post scarlatinal diphtheria.)** *Lancet. 18. März 1893.*

Ein Brief, in dem M. einen Irrthum berichtigt. MACKENZIE-JOHNSTON.

95) **F. M. Crandall. Pseudomembranöser Croup, gefolgt nach ungewöhnlich langer Zeit von Pneumonie mit tödtlichem Ausgang. (Pseudo-membranous croup followed by pneumonia and death at an unusually long interval.)** *Arch. of Pediatrics. Mai 1893.*

Der Pat. starb an Pneumonie 20 Tage nach der Intubation und 15 Tage nach der Entfernung der Tube. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **N. D. Booker. Ein Fall von Kehlkopfdiphtherie. (A case of laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juni 1893.*

Verf. bespricht in grosser Ausführlichkeit den tödtlich verlaufenen Fall, von

dem er Präparate demonstrirt; er schildert die Methodik der pathologischen und bakteriologischen Untersuchung. LEFFERTS.

97) **A. Schweinitz. Lähmung der Musculi recti externi nach Diphtherie. (Post-diphtheritic paralysis of the external recti muscles.)** *Trans. Coll. Phys. Phil. Vol. XIV. p. 102.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **G. W. Mc Caskey. Der Gebrauch von Trypsin als Lösungsmittel für diphtheritische Membranen, mit Krankengeschichten. (The use of Trypsin as a solvent of diphtheritic membrane with cases.)** *Mc Caskey's Clin. Stud. Fort Waym. 1—41.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **M. G. Tull. Bericht über eine bemerkenswerthe Reihe von 33 Fällen von Diphtherie, die mittelst der Weinsteinsäure-Sublimatmethode behandelt sind. (Report of a remarkable series of 33 cases of diphtheria treated by the tartaric acid-corresive sublimate of mercury method.)** *Times and Register. 20. Mai 1893.*

T. benutzte Tabletten enthaltend 0,23 g Quecksilberbichlorid und 1,15 g Acidum tartaricum. Eine davon in 120 Wasser gelöst wurde zu einer Lösung von 1 : 1500 verwendet und davon mit einem Wattebausch 3ständl. kräftig eingerieben. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

100) **Louis Ellis. Euchlorin gegen Diphtherie. (Euchlorine in diphtheria.)** *Brit. Med. Journal. 13. Mai 1893.*

Verf. hat günstige Resultate mit einer gesättigten Euchlorinlösung erzielt; die Anwendung von Aqua chlorata findet er nicht zweckmässig.

MACKENZIE-JOHNSTON.

101) **A. Siebert. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Phil. Med. News 10. Juni 1893.*

S. berichtet eingehend über eine Reihe von Versuchen, die er angestellt hat, um die Wirksamkeit des Wasserstoffsuperoxyds, des Chlorwassers und der Labarraque'schen Lösung mit einander zu vergleichen. Die letztgenannte Lösung wurde als die weitaus wirksamste befunden, sie löste innerhalb 20 Min., ohne Umschüttelung, ein Stück diphtheritischer Membran von etwa $^1/_8$ Zoll Durchmesser. Das Wasserstoffsuperoxyd hatte keine so starke Wirkung und zerstörte auch nicht die Bacillen. Dr. J. H. Fruitnight, der ebenfalls von Wasserstoffsuperoxyd Reizwirkungen sah, gebrauchte das Kalkwasser als Corrigens, weil es neben seiner Alkalescenz lösende Eigenschaften besitzt. Er verschrieb es für sich allein und erzielte gute Resultate. LEFFERTS.

102) **C. O'Donovan. Bemerkungen über die Behandlung der Rachendiphtherie. (Remarks on the treatment of diphtheria of the fauces.)** *Maryland Medical Journal. 6. Mai 1893.*

Für eine der besten Medicinen zum internen Gebrauch bei Diphtherie hält Verf. den Alkohol in heroischen Dosen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **R. G. Jack** (London) **Keresen bei Diphtherie. (Kerosene in diphtheria.)** *Lancet. 13. Mai 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber bespricht J. zwei mit Erfolg behandelte Fälle. MACKENZIE-JOHNSTON.

104) **Degle. Croup. (Croup.)** *N. Y. Med. Record. 13. Mai 1893.*

Eine Verminderung der Dyspnoe und eine reichlichere Expectoration von Pseudomembranen folgte der Anwendung von Pilocarpin in Dosen von 2—4 cg nach 12—24 Stunden. LEFFERTS.

105) **A. Kasem-Beck. Behandlung der Diphtheritis mit Methylenblau. (Letschenie diphtherita methylenowoi sirkoi.)** *Wratsch. 1893. No. 27.*

Nach dem Vorschlage von Beyer hat K. das Methylenblau bei der Diphtheritis angewandt, nachdem er sich von dem grossen Nutzen desselben bei Malaria überzeugt hatte. Die kranken Stellen wurden mit einer 10 proc. Lösung 3 mal täglich gepinselt und damit wurde so lange fortgefahren bis die Beläge geschwunden waren. Am 2. oder 3. Tage sinkt die Temperatur und die Membranen beginnen sich loszulösen. Behandelt wurden 18 Fälle und alle wurden geheilt. Zweimal war der Kehlkopf mit erkrankt und wurde derselbe gleichfalls mit Methylenblau gepinselt. LUNIN.

106) **Kanellis Spye** (Athen). **Zwei Worte zur Behandlung der Diphtheritis.** *(Δύο λέξεις ἐπὶ τῆς θεραπείας τῆς διφθερίτιδος.) Γαληνός. 1893. No. 42.*

Verf. hat 25 Fälle von Diphtheritis innerhalb 3 Monate zu behandeln gehabt und nur 2 Verluste zu beklagen, was er dem Umstand zuschreibt, dass er den Pharynx alle zwei Stunden mit grossen Mengen (8 Unzen) lauwarmer Lösungen ausspritzen liess. Er verwendete vorzugsweise 2 proc. Eisenchlorid-, 3 proc. Borsäure- und 50 proc. Kalkwasser-Lösung. Daneben wurde zweimal am Tage der Rachen mit Watte ausgetupft, die mit einer Lösung von je 2 Theilen Borsäure, Natriumsalicylat und Carbol in 40 Theilen Wasser getränkt war.

SENTINON.

107) **R. A. Prichard. Croup, Diphtherie und Tracheotomie. (Croup, diphtheria and tracheotomy.)** *Americ. Practitioner and News. 6. Mai 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **Carron de la Carrière** (Paris). **In welchem Moment soll man die Tracheotomie bei Kindern mit Croup ausführen? (A quel moment doit on pratiquer la trachéotomie chez les enfants atteints de croup?)** *Rev. gén. de clin et de therap. 8. Februar 1893.*

Der Verf. zieht die späte Operation (Beginn der asphyctischen Erscheinungen) der Frühoperation vor. Er räth für den Moment des Eingreifens weniger die Erstickungsanfälle in Betracht zu ziehen, die nur selten tödtlich werden, als vielmehr die Einziehung des Scrobiculus cordis und besonders ihre Dauer und ihr Fortschreiten. LUC.

109) C. G. Jennings. **Zwei ungewöhnliche Fälle von Tracheotomie. (Two unusual cases of tracheotomy.)** *Arch. of Pediatrics. Juni 1893.*

Der erste Patient litt an Scharlach und eine Entzündung der Halsdrüsen verursachte so hochgradige Stenose, dass die Tracheotomie nothwendig wurde.

Der zweite Fall ist eine Diphtherie, die im paroxysmalen Stadium des Keuchhustens acquirirt wurde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) H. A. Wharton. **Ein Fall von diphtheritischem Croup, in dem eine Tracheotomiecanüle 60 Tage lang getragen wurde. (A case of diphtheritic croup, in which a tracheotomy-tube was worn for sixty days.)** *Phila. Med. News. 24. Juni 1893.*

Der Fall illustrirt das Hinderniss, das sich der Entfernung der Canüle öfters entgegenstellt, nämlich die Bildung von Granulationsgewebsmassen; W. wurde des Hindernisses Herr durch Entfernung des Granulationsgewebes, Intubation etc.

LEFFERTS.

111) Redactionelle Notiz. **Die Intubation als absolut nothwendiges Erforderniss. (Intubation a crying necessity.)** *Omaha Clinic. Januar 1893.*

Die Intubation ist sehr viel leichter, als man im allgemeinen glaubt und annimmt und jeder Arzt müsste es eigentlich lernen, sie auszuführen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) Lepore (Campobasso). **Intubation und Tracheotomie bei Croup. (Intubazione e tracheotomia nel croup.)** *Arch. it. di Laringologia. 1893. No. 3.*

Ausführliche Beschreibung einiger Fälle, mit Auseinandersetzung der Vor- und Nachtheile beider Methoden. L. theilt darüber im Allgemeinen die Anschauungen seines Lehrers Massei. TOTI.

113) Ball. **Intubation. (Intubation.)** *Philad. Med. News. 14. Januar 1893.*

Ein Auszug aus dem Artikel im Lancet No. 3613, p. 1216.

LEFFERTS.

114) M. Scheier (Berlin). **Ueber Intubation des Kehlkopfs nach O'Dwyer.** *Therapeut. Monatsh. 1893. 1.*

Deckt sich mit dem in der Berliner laryngolog. Gesellschaft am 15. Juli 1892 gehaltenen und in No. 10 des Jahrgangs 1893 dieseses Blattes bereits besprochenen Vortrage. A. ROSENBERG.

115) Dillon Brown. **Bericht über die Behandlungsresultate bei 701 intubirten Fällen von membranöser Laryngitis. (Summary of results in the treatment of 701 cases of membranous laryngitis by intubation.)** *Arch. of Pediatrics. März 1893.*

Von 18 Fällen, die die Operation verweigerten, heilte nur einer. 29 starben unter Asphyxie, bevor die Intubation vollendet werden konnte. 13 Fälle waren schwer septisch und dabei heiser; in keinem von diesen war die Verstopfung des Kehlkopfs stark, in den meisten nur unerheblich.

Bei 68 Fällen wurde, obgleich die Stenose bedeutend war, die Operation vertagt in der Hoffnung, dass der Zustand sich bessern oder doch wenigstens nicht verschlechtern möchte; einer von diesen starb in einem plötzlichen Anfall von Dyspnoe, die andern wurden gesund.

Bei 573 wurde die Intubation ausgeführt: es ergaben sich unter

Fall	1—100	im ganzen	22	pCt.	Heilungen,
„	101—200	„ „	32	„	„
„	201—300	„ „	33	„	„
„	301—400	„ „	29	„	„
„	401—500	„ „	36	„	„
„	501—573	„ „	45	„	„

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **A. Béclère (Paris). Die Kehlkopfintubation beim Croup der Erwachsenen. (L'intubation laryngée dans le croup de l'adulte.)** *Rev. gén. de clin. et de thérap. 8. März 1893.*

B. berichtet über den Fall einer jungen Frau, die mit Diphtherie des Rachens, des Kehlkopfs und der Bronchien erkrankt war und Symptome schwerster Allgemeinintoxication darbot. Bei dieser wurde die Intubation unter ersichtlich verzweifelten Umständen in dem Moment, wo die Zeichen der Larynxstenose auftraten, gemacht. Der Eingriff verschaffte der Kranken in der That bis zum Augenblick des Todes die beabsichtigte Erleichterung und ersparte ihr die Aufregung und den Schmerz, die mit der Tracheotomie doch unbedingt verbunden sind. — Auf diese Erfahrung stützt sich B., wenn er die Ueberlegenheit der Intubation über die Tracheotomie für den Croup der Erwachsenen proklamirt.

LUC.

117) **J. M. West. Diphtheritis. Heilung durch Intubation. (Diphtheria — Intubation — Recovery.)** *Times and Register. 25. März 1893.*

Der Pat. bekam 0,0015 g Quecksilberbijodid stündlich 8 Tage lang, im ganzen 0,5 g, ohne dass Ptyalismus auftrat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **J. Bokai. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1893.*

Verf. berichtet über die Behandlungsresultate bei 291 Fällen von Diphtherie und empfiehlt nachdrücklich die Anwendung der O'Dwyer'schen Intubationsmethode. Unter diesen Fällen sind 100, in denen es zur Heilung kam; in nur 8 von diesen musste secundär zur Tracheotomie geschritten werden, darunter nur 1 mal mit glücklichem Erfolge. Während der letzten 20 Monate überwog die Intubation vollständig die Tracheotomie und nach den erzielten Resultaten hält B. die Intubation für den zweckmässigeren Eingriff. In der Hospitalpraxis wird die Pflege der Pat. dadurch einfacher und leichter. Eine Wärterin kann auf 12 intubirte Patienten aufpassen, während sie nur 4 oder 5 tracheotomirte besorgen kann. B. schliesst damit, dass er nur bei zwei Arten von Fällen die Tracheotomie gelten lassen will: 1. bei denjenigen, wo neben der laryngealen Stenose gleichzeitig eine ausgesprochene pharyngeale besteht; und 2. in den Fällen mit

starkem Oedem des Kehlkopfs, bei denen die Intubation auch nur geringe Dienste leisten kann.

LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Trachea.

119) **Onodi. Die Function des Muscul. crico-thyreoideus. (De la fonction du muscles crico-thyroidien.)** *Rev. internat. de rhinol., d'otol. et de laryngologie. 25. August 1893. No. 16.*

Der Verf. berichtet über sehr interessante Thierexperimente, die er angestellt hat, um die Function des Musc. cricothyroideus festzustellen. Er kommt zu dem Ergebniss, dass dieser Muskel die Stimmbänder in die Medianstellung führen kann.

E. J. MOURE.

120) **R. H. Woods (Dublin). Das Gesetz der transversalen Faserschwingungen in seiner Anwendung auf den Kehlkopf. (Law of transverse vibrations of strings applied to the human larynx.)** *Dublin Journal of Med. Sciences. Mai 1893.*

Der Mechanismus der Stimmbildung gehorcht dem Gesetze

$$n = \frac{1}{2\,l}\sqrt{\frac{t}{m}}$$

wobei n die Zahl der Schwingungen in der Secunde, l die Länge der Stimmbänder, t ihre Spannung, m ihre Masse im Querschnitt bedeutet. Würde die Spannung allein die Höhe der Stimme beeinflussen, so müsste diese viel rascher ansteigen, als die Zahl der Schwingungen. Die Function des Thyreo-arytaenoideus internus ist die eines Spanners. Gesteigerte Tiefe der Stimme bei Krankheit führt W. zurück auf eine Zunahme der Masse im Verhältniss zur Länge. — Der Vorsitzende und Birmingham sprachen zur Discussion; beide schienen an der Function des Thyreo-arytaenoideus als eines Spanners Zweifel zu hegen.

P. MC BRIDE.

121) **Widmer (Altenau). Ueber einseitige Durchschneidung und Resection des menschlichen Vagus.** Zürcher Dissert. 1898. Leipzig bei Hirschfeld.

Der Stoff zu dieser Arbeit ist einer grösseren Anzahl chirurgischer Operationen am Halse entnommen, und nicht experimenteller Natur. Das Capitel des Kehlkopfs, welches hier nur einen sehr kleinen Theil betrifft, liefert keine nicht schon geläufigen Beobachtungen, sondern lediglich Bestätigungen der herrschenden Anschauungen über den Innervationsgebiete der Nn. recurrens und laryngeus superior. Vf. hebt auch hervor, dass die reinen Fälle von operativer Durchschneidung des Vagus unterhalb des Abganges des N. laryngeus sup. sofort nach der Operation das Stimmband in Kadaver- nicht in Medianstellung zeigten. Endlich weist er an der Hand seiner Fälle die Erklärungen für die bei chronisch verlaufender Ausschaltung des Recurrens beobachtete und begründete Medianstellung der Stimmbänder (Semon und Rosenbach) von Richard Wagner

(M. crico-thyreoideus (!) und Exner (doppelte Innervation der Adductoren durch den N. laryngeus infer. und superior) mit Recht zurück. JONQUIÈRE.

122) **Traumann** (Hannover). **I. Schussverletzung des Nervus vagus unter der Schädelbasis. II. Stichverletzung des Nervus hypoglossus und Nervus accessorius Willisii unter der Schädelbasis.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 37. Bd. 1. 2. 1893.*

Im ersten Falle handelte es sich um eine Schussverletzung des rechten N. vagus in der Nähe des Foramen jugulare, jedoch unterhalb des N. laryngeus superior. Dieselbe erfolgte vom Munde aus und war mit motorischer Stimmbandlähmung, starker Pulsbeschleunigung, aber nicht mit Lungenaffection verbunden.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine dicht unter der Schädelbasis erfolgte Stichverletzung des N. hypoglossus und des N. accessorius vor dessen Theilung in seine beiden Aeste. Die Lähmungen (4. Woche nach der Verletzung) bestanden in: Lähmung der rechten Zungenhälfte, Lähmung der Unterzungenbeinmuskeln, Lähmung des Cucullaris und Sternocleidomastoideus, Lähmung des Stimmbandes, Lähmung des Gaumensegels und Schlundes. SEIFERT.

123) **A. Stocquart** (Brüssel). **Der Recurrens. (Le nerf récurrent laryngé.)** *Journal de Méd., de Chir. etc. No. 36. 1893.*

Topographisch-anatomische Studie des Laryng. inf. von seiner Abgangsstelle vom Pneumogastricus an bis zu seinem Eintritt in den Larynx, behandelnd die jeweiligen Lageverhältnisse des rechten und linken Recurrens, mit Anführung von einigen Sectionsbefunden, zur Erhellung der Wichtigkeit dieser Verhältnisse bei pathologischen Veränderungen der Lymphdrüsen, Pleura, Glandul. thyreoidea etc. BAYER.

124) **Arthur H. Davies** (London). **Die Beziehung zwischen dem Phrenicus und dem Nerv. laryngeus inferior mit einer Erklärung des Umweges, den der letztere nimmt. (The relationship between the phrenic and inferior laryngeal nerve with an explanation of the circuitous course taken by the latter.)** *Lancet. 21. Januar 1893.*

Die Arbeit bespricht mit einer gewissen Ausführlichkeit die Beziehungen der beiden obengenannten Nerven und stellt eine Theorie auf zur Erklärung des abweichenden Weges, den der N. laryngeus inferior nimmt, im Gegensatz zu dem directen Verlauf des Laryngeus superior. Der Verf. hebt hervor, dass der Act der Inspiration hauptsächlich durch das Abwärtssteigen des Diaphragma und durch die Oeffnung der Rima glottidis erfolgt und weiter, dass diese doppelte Action gleichzeitig eintreten muss. Hierzu ist nöthig, dass der Nervenimpuls von der Medulla gleichzeitig anlangt und zu diesem Zwecke dürfte der N. laryngeus inferior in die Länge gezogen sein, um dem Nerv. phrenicus gleich zu werden, da diese beiden Nerven es sind, die die nothwendigen Bewegungen des Diaphragma und der Glottismuskeln auslösen. Zur Stütze seiner Theorie giebt der Verf. am Schluss eine Abschätzung der Schnelligkeit des nervösen Impulses im Vergleich zu der der Electricität. MACKENZIE-JOHNSTON.

125) **W. Ramsay Smith** (Edinburgh). **Der Verlauf des Nervus laryngeus inferior. (The course of the inferior laryngeal nerve.)** *Lancet. 11. März 1893.*

Die S.'sche Arbeit beschäftigt sich mit einer kürzlich erschienenen Mittheilung von Herbert Spencer und übt besonders an der von diesem ausgesprochenen Annahme Kritik, dass die Athmung das Resultat einer combinirten und synchronen Thätigkeit des Zwerchfells und der Muskel der Rima glottidis sei. Der Verf. zählt zum Schluss verschiedene Beispiele dafür auf, dass physiologische Theorien noch gelehrt werden, deren Voraussetzungen nach seiner Ansicht sich als irrig bereits erwiesen haben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

126) **Arthur Davies** (London). **Der Nervus laryngeus inferior. Eine Erwiderung. (The inferior laryngeal nerve. A reply.)** *Lancet. 1. April 1893.*

127) **W. Ramsay Smith** (Edinburgh). **Der N. laryngeus inferior. (The inferior laryngeal nerve.)** *Lancet. 15. April 1893.*

Zwei Briefe an den Herausgeber, in denen die oben angefangene Polemik fortgesetzt wird.

MACKENZIE-JOHNSTON.

128) **Arthur Davies** (London). **Der Nervus laryngeus inferior. (The inferior laryngeal nerve.)** *Lancet. 20. Mai 1893.*

Ein Brief an den Herausgeber, in dem D. auf die Kritik, die seine letzte Arbeit über diesen Gegenstand erfahren hat, antwortet.

MACKENZIE JOHNSTON.

129) **Wolff und Schmid** (Stettin). **Ueber den künstlichen Kehlkopf und die Pseudostimme.** Aus der Berliner medicin. Gesellschaft. — *Münchner medicinische Wochenschrift. No. 29. 1893.*

Wolff verbesserte den künstlichen Kehlkopf von Bruns dadurch, dass er die Laryngealcanüle verkürzte, die Phonationscanüle aber verlängerte, so dass beide gleich wurden. Die Phonationscanüle wurde nach oben durch ein engmaschiges Sieb von Silber verschlossen, das Schleim und Speichel fernhielt, aber die Exspirationsluft durchliess. Die Zunge wurde an das obere Ende der Phonationscanüle verlegt; die Verstellbarkeit der Zunge durch eine Schraube bewirkt, so dass die Stimme bald hoch, bald tief klingt, ja das Singen möglich macht. Dauernd geheilt hält Wolff die Patienten, wenn sie mehr als $1^1/_2$ Jahre recidivfrei geblieben sind und stellt einen solchen vor. Schmid zeigte, dass wenn man nach der Totalexstirpation die Pharynxwunde gegen die Trachea ganz abschliesst, der Patient, ohne künstlichen Kehlkopf eine laute Sprache zu erlernen vermag. Ob es gelingen wird, dies bei allen Patienten zu erreichen, bezweifelt Wolff. Bei dem von H. Schmid vorgestellten Kranken constatirte B. Fränkel unterhalb des Eingangs in den Oesophagus einen durch drei Hautleisten gebildeten dreieckigen Schlitz, der sich beim Schlucken sphincterartig verschliesst. Beim Phoniren spannen sich die Membranen und wirken so als Stimmbänder.

SCHECH.

130) **J. Wolff** (Berlin). **Ueber den künstlichen Kehlkopf und die Pseudostimme.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 42.*

W. stellte seinen schon öfter erwähnten Fall von Totalexstirpation des La-

rynx ohne Recidiv 2 Jahre post operationem vor. Er hat dem Pat. einen künstlichen Kehlkopf anfertigen lassen, der ein mehrstündiges — bis 4stündiges — Sprechen mit lauter modulationsfähiger Stimme erlaubt. Dies Resultat ist erreicht durch Verlängerung der Phonationscanüle des Bruns'schen Modells, durch Abschluss derselben nach oben hin mittelst eines silbernen engmaschigen Siebes, welches Schleim und Speichel abhält, und durch höhere Anbringung der Gummizunge in der Phonationscanüle. Die Gummizunge ist schräg gestellt, auf solche Weise verlängert und durch Anbringung eines Winkelschiebers verstellbar gemacht. Weitere Verbesserungen betreffen die Canüle für die Inspiration und das Ventil.

Das erreichte Resultat ist auch für die Theorie der Stimmbildung von hohem Werth insofern es die Richtigkeit der Helmholtz'schen Vocaltheorie beweist, nach welcher im Kehlkopf nur ein Grundton erzeugt wird, in der Höhe je nach der Spannung der Stimmbänder verschieden. Dieser Grundton wird durch die Resonnanz der verschieden gestalteten Mundhöhle modificirt. Dadurch kommt die verschiedene Klangfarbe der Vocale zu Stande.

W. kommt dann auf den bekannten Schmid'schen Fall von Stimmbildung bei vollkommenem Abschluss des Mundes von der Trachea zu sprechen und deutet ihn so, dass der betreffende Mann die im Oesophagus vorhandene Luft durch Muskelthätigkeit in Bewegung setzt und dadurch die complementäre Glottis, welche sich bei ihm aus den Oesophaguswandungen gebildet hat, in Schwingungen versetzt. Für die Praxis wird dieser exceptionelle Fall kaum zu verwerthen sein.

LANDGRAF.

181) **J. Solis-Cohen. Stimme ohne Kehlkopf. (Voice without a larynx.)** *Phil. Med. News. 21. October 1893.*

In einer Versammlung des College of Physicians stellte Verf. den Pat. vor, der ohne einen Kehlkopf sprach; das College veranlasste den Präsidenten zur Einsetzung eines Comité's behufs Erforschung der Art und Weise, wie der Pat. die Stimme producire.

Es waren dem Pat. 18 Monate vorher von Dr. Cohen wegen eines ausgebreiteten Adeno Carcinoms des Kehlkopfes dieser selbst, sowie die obersten Trachealringe entfernt worden. Das obere Ende der Trachea war nach vorn gezogen und in der Hautwunde befestigt worden, so dass vom Moment der Operation an eine Communication zwischen Lunge und Mund nicht mehr bestand. Trotzdem spricht der Mann jetzt mit einer ziemlich modulationsfähigen Stimme, die für alle praktischen Zwecke brauchbar und genügend laut ist.

Er athmet ohne Trachealcanüle, durch die nach aussen frei liegende obere Trachealöffnung. Wenn er sprechen will, dehnt sich die Haut oberhalb der Trachea etwas aus und wird zu einer kleinen Luftblase, deren Inhalt gegen ein paar Gebilde gerade an oder oberhalb der Oeffnung des Oesophagus gedrängt wird; es sind dies nach C. die horizontalen Fasern der unteren Rachenconstrictoren, welche auf diese Weise die Rolle der Stimmbänder übernehmen.

LEFFERTS.

132) **J. Solis-Cohen. Rachenstimme: mit Vorstellung eines Patienten, der ohne Kehlkopf und ohne Mitwirken der Lungen spricht. (Pharyngeal voice: illustrated by presentation of a patient who phonates without a larynx and without the use of his lungs.)** *N. Y. Med. Journal. 11. November 1893.*

Der Vortrag wird im Bericht über den XV. Congress der American Laryngological Association referirt werden. LEFFERTS.

133) **John Willie** (Edinburgh). **Die Sprachstörungen: Aphasie. (The disorders of speech: aphasia.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1893.*

Eine Fortsetzung der früher referirten Artikel, die für den praktischen Arzt von grossem Interesse sein dürften. P. MC. BRIDE.

134) **John Wyllie** (Edinburgh) **Die Sprachstörungen. (Fortsetzung.) (The disorders of speech [continued]).** *Edinburgh Med. Journal. August 1893.*

Ausschliesslich neurologische und metaphysische Betrachtungen.

P. MC. BRIDE.

135) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Sprachstörungen. (Disorders of speech.)** *Edinburgh Med. Journal. September u. October 1893.*

W. bespricht die Beziehungen der Aphasie zu organischer Erkrankung des Hirns. P. MC. BRIDE.

136) **Gutzmann. Ueber die öffentliche Fürsorge für stotternde und stammelnde Schulkinder.** Vortrag geh. in der Section f. Kinderheilkunde auf der 65. Naturf.-Vers zu Nürnberg. — *Münchn. med. Wochenschr. No. 43. 1893.*

In Berlin wurden bisher nach Gutzmann's Methode 230 Cursisten ausgebildet, die dann in ihre Heimath gingen und dort Curse für sprachkranke Kinder errichteten. Nahezu 80 pCt. der Kinder werden geheilt. G. verlangt, dass nicht nur die Aerzte, sondern auch die Lehrer in der Sprachphysiologie ausgebildet werden, denn bei dem ersten Unterricht könnten unendlich viele Sprachfehler verhütet und bestehende unterdrückt werden. Nur durch die gemeinsamen Bemühungen der Eltern, Aerzte und Lehrer werde es möglich sein, die Zahl der Sprachstörungen einzuschränken. SCHEOH.

137) **Kafemann. Ueber die öffentliche Fürsorge für stotternde und stammelnde Kinder.** Correferat erstattet in der Section für Kinderheilkunde der 65. Naturf.-Vers. zu Nürnberg. — *Münchn. med. Wochenschr. No. 43. 1893.*

K. betont die grosse Häufigkeit adenoider Wucherungen und anderer die Nase verlegender Affectionen bei Sprachkranken; dieselben könnten zwar nicht direct das Stottern hervorbringen, sondern es bedürfe dazu noch einer gewissen neutralen Disposition durch physiologisch und psychologisch schwächende Momente. Dazu gehören eben die erwähnten Wucherungen, ferner eine durch Reflexvorgänge entstandene gesteigerte Reizbarkeit bestimmter centraler Abschnitte, Schwerhörigkeit, behinderte Nasenathmung. Man müsse mit Bresgen verlangen, dass jedes mit einem Sprachübel oder Symptomen der Aprosexie behaftete Kind vor Einleitung einer Behandlung einem sachkundigen Arzt zur Untersuchung zugeführt werde. SCHEOH.

138) **Winkler** (Bremen). **Ueber einen eigenartigen Fall von Asynergia vocalis bei einem Stotternden.** *Wiener med. Wochenschr. 1893. No. 41 u. 42.*

Die Stimmbänder führten vor der Phonation 3—4 zuckende Adductionen aus, um sich dann in normaler Weise zu schliessen. Durch Behandlung des Catarrhes des Kehlkopfes, Rachens und methodische Uebungen wurde Besserung erzielt mit wechselnder Dauer. Diese Störung trat nur bei ganz bestimmten Leistungen ein und ist nach W. auf Schwäche des Willensimpulses zurückzuführen. CHIARI.

139) **W. Scheppegrell. Hysterische Aphonie. (Hysterical aphonia.)** *Phil. Med. News. 16. September 1893.*

Im Verlaufe seiner Abhandlung über obigen Gegenstand berichtete S. über einen interessanten und ungewöhnlichen Fall. Der Verf. sagt: „Es ist dies vielleicht ein einzigartiger Fall von Hysterie des Kehlkopfes. Der einzige ähnliche Fall, den ich in der Literatur erwähnt finde, ist von Meschede beschrieben als doppelseitige Abductorenlähmung. In diesem Falle war die Dyspnoe so gross, dass die Tracheotomie thatsächlich ausgeführt wurde und zwar nicht etwa übereilt, sondern nach einer langen Berathung von 4 Aerzten. Die Canüle blieb dann 12 Tage liegen; als man sie entfernte, war die Athmung unbehindert, die Stimme aber immer noch aphonisch; diese kehrte erst 5 Tage später wieder. Zehn Wochen später erfolgte ein zweiter, jedoch milderer Anfall von Dyspnoe, der unter dem Gebrauch von Pil. sumbul comp. in 3 Tagen zurückging. Später kam es noch einmal zu einem Recidiv, diesmal mit sehr schwerer Dyspnoe; eine sorgfältige laryngoskopische Untersuchung enthüllte jetzt sofort die Ursache der Athemnoth. Bei jeder Inspiration wurden die Stimmbänder, statt auseinanderzugehen und den dreieckigen Glottisraum frei zu lassen, zueinander gezogen und es entstand dabei der stridulöse inspiratorische Ton.

Das beunruhigende Aussehen des Pat., die Dauer des Anfalls und die Thatsache, dass während eines ähnlichen Anfalls die Tracheotomie gemacht worden war, legten den Gedanken nahe, es könne sich um eine wahre Abductorenlähmug handeln; allein eine genauere Erwägung und Untersuchung aller Einzelheiten liess diese Diagnose doch ausschliessen.

Erstens einmal waren die milderen Anfälle doch sicherlich hysterischen Ursprungs gewesen; dann war die Thatsache in Betracht zu ziehen, dass, obgleich die Stimmbänder in Apposition sich befanden, wie es für die Stimmbildung erforderlich ist, doch Aphonie bestand, während ja bei der wahren Abductorenlähmung zwar eine Alteration der Stimme, aber niemals Aphonie vorliegt. Ferner fiel die gegenwärtige Attake mit der Periode zusammen und ebenso war es bei dem ersten schweren Anfalle gewesen. Auch das laryngoskopische Bild war nicht das für die echte Lähmung charakteristische. Statt dass die Stimmbänder bei der Inspiration unbewegt blieben oder einen schwachen Versuch machten, den Glottisraum zu erweitern, wurden sie bei jedem Athemzug noch enger an einander gedrängt und man hatte mehr den Eindruck eines Spasmus der Adductoren. Es wurde aus allen diesen Gründen nur eine functionelle Lähmung der Kehlkopfabductoren diagnosticirt". (Warum denn eine solche überhaupt statt des viel näherliegenden Krampfes der Verengerer? Red.) LEFFERTS.

140) **Melon. Ein Fall von nachepileptischer Aphasie. (Un cas d'aphasie post-épileptique.)** *Arch. Méd. Belges. Juillet 1893.*

Der Autor glaubt es mit einer toxischen Epilepsie zu thun zu haben, während es dem Ref. vielmehr aus der Beschreibung erhellt, dass es sich um einen Fall von Mutismus hysterious handelt, der nach einem hysteroepileptischen Anfalle in Folge eines aufregenden Laufes zurückgeblieben von selbst wieder verschwand. Der Fall ist geradezu charakteristisch. BAYER.

141) **Desvernine. Einfluss des Ziehens an der Zunge auf gewisse nervöse Aphonien. (Influence des tractions linguales sur certaines aphonies nerveuses.)** *Ann. des mal. du larynx. August 1893.*

Der Verf. besichtigt den Larynx, indem er einfach, ohne einen Zug auszuüben, die Spitze der Zunge zwischen die Finger fast und die Vokale a und e aussprechen lässt. Allmählich geht er zu energischen Tractionen über, ohne aber je Schmerz zu verursachen, und dabei kommt die Stimme wieder.

E. J. MOURE.

142) **R. Kayser** (Breslau). **Zur Therapie der hysterischen Stummheit.** *Therap. Monatsh. 1893. October.*

Durch methodische Unterweisung regelmässige langsame Exspirationen zu machen und den bei der Bauchpresse eintretenden Glottisschluss durch Exspirationsstösse zu sprengen, erzielte K. bei seinem sonst fast gesunden Patienten zuvörderst eine leidlich wahrnehmbare Flüsterstimme. Indem er ihm durch einen Gegenspiegel sein (des Pat.) laryngoskopisches Bild wieder und wieder demonstrirte und ihm klar machte, dass zur Stimmbildung eine länger dauernde Annäherung der Stimmbänder bei gleichzeitiger, über eine gewisse Zeit ausgedehnter Exspiration nothwendig sei, lernte der Kranke bald seine Stimme wieder in normaler Weise zu gebrauchen. A. ROSENBERG.

143) **Seifert** (Würzburg). **Zur Behandlung der hysterischen Aphonie.** *Berliner med. Wochenschr. 1893. No. 44.*

S. bedient sich einer Combination von Kehlkopfmassage, Olliver'scher Kehlkopfcompression und methodischer Stimmgymnastik. Er betont besonders die Nothwendigkeit, die Kranken zu lehren, ihren Athemmechanismus wieder in Ordnung zu bringen dadurch, dass man sie veranlasst, bei jeder Streichung des Kehlkopfs tief einzuathmen. Können sie dies, so beginnt der 2. Act, die Kehlkopfcompression, die abwechselt mit Schüttelungen während der Phonationsversuche. Ist, wie gewöhnlich, der Erfolg dieser Manipulationen der, dass ein lauter Ton hervorgebracht wird, so folgen methodische Sprachübungen.

LANDGRAF.

144) **J. Meyer** (Dorpat). **Hysterische Aphasie geheilt durch Hypnose.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 47.*

18jähr. Mädchen, das im 8. Jahre Typhus durchgemacht hatte und seitdem aphasisch war. Nach jener Krankheit konnte sie lesen und schreiben. Zunge schwer beweglich, kann nicht über die Zahnreihe vorgestreckt werden. Rechts und zum Theil auch links Anästhesie. Die Diagnose wurde auf hysterische Aphasie

verbunden mit Zungenstörungen resp. auf hysterischen Mutismus gestellt. Nach 3wöchentlicher Anwendung der Hypnose war völlige Heilung eingetreten.

Das kurze Referat über den im livländischen Aerzteverein gehaltenen Vortrag lässt manches unklar. LANDGRAF.

145) **W. Birt Whistle** (Skipton). **Die Behandlung der functionellen Aphonie. (The treatment of functional aphonia.)** *Lancet. 2. December 1893.*

146) **O. H.** (Bath). **Dasselbe.** *Lancet. 25. November 1893.*

147) **„Perplexed“. Dasselbe.** *Lancet. 18. November 1893.*

Eine kurze Correspondenz, die sich um einen Fall dreht, welcher absolut kein besonderes Interesse darbietet. MACKENZIE-JOHNSTON.

148) **P. K. Pel** (Amsterdam). **Traumatische hysterische Neurose mit Abasie-Astasie. (Traumatische hysterische neurose met abasie-astasie.)** Vierter niederl. Congress f. Naturwissenschaft und Medicin, Groningen 1893. Verhandlungen Haag, H. L. Smits 1893. S. 275.

Die richtige Deutung der mannigfaltigen Krankheitssymptome stiess anfangs auf grosse Schwierigkeiten. Der Zweifel wurde durch das Auftreten einer localen traumatischen Neurose nach einem ganz harmlosen Eingriffe — vollkommene Paralyse der Schliessmuskeln der Stimmritze nach Entfernung eines Kehlkopfpolypen — bald beseitigt. Gleich nach der Operation standen die Stimmbänder auch bei Versuchen laut zu sprechen weit von einander. Die Aphonie dauerte bei völlig normalem Kehlkopfspiegelbefund unverändert fort. Zwei Monate später wurde auch das Flüstern nicht mehr möglich (Mutismus hystericus). Der Fall gelangte zur Autopsie. Für die weiteren Details siehe das Original. (Auch in Berl. klin. Wochenschr. 1893. No. 24.) H. BURGER.

149) **Neumann** (Schlawe). **Ein Fall von Inactivitätsparese der Kehlkopfmuskeln nach Tracheotomie mit Lipothymia laryngea.** Dissert. Greifswald. 1893.

Bei einem 25jährigen Mädchen, welches 20 Jahre lang die Trachealcanüle getragen hatte und behufs Verschluss der Trachealfistel in die Greifswalder chirurgische Klinik aufgenommen war, fand sich eine Parese der Adductoren und Abductoren. Da bei der Inspiration die Stimmbänder mechanisch einander genähert werden konnten, hatte die Pat. sich inspiratorisches Sprechen angewöhnt. Athemgymnastik und Sprachübungen brachten Besserung, so dass die Trachealfistel geschlossen werden konnte. Nach einiger Zeit kam Pat. wieder mit stenotischen Erscheinungen und mit den Symptomen des Larynxschwindels. Abermalige Tracheotomie. SEIFERT.

150) **P. Rangé. Ueber die Seltenheit corticaler Kehlkopflähmungen. (A propos of the rarity of cortical laryngeal paralyses.)** *Journal Ophth., Otolog. and Laryngol. Januar 1893.*

Uebersetzung eines Artikels aus dem Bullet. et Mémoire de la Société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

151) **Rosemann** (Berlin). **Ueber die myogenen Lähmungen der Kehlkopfmuskeln.** Dissert. Greifswald. 1898.

Bei einem 21jährigen Kaufmann trat im Anschluss an eine acute Laryngitis eine Lähmung der Adductoren auf, welche mit Rückgang des Katarrhs sich wieder zurückbildete. R. stellt seinen Fall in eine Parallele mit dem von Percy Kidd beobachteten (s. d. Centralbl. V., pg. 407). SEIFERT.

152) **J. A. Robison. Kehlkopflähmungen. (Laryngeal paralyses.)** *Chicago Med. Recorder. Februar 1893.*

R. ist der Ansicht, dass man diese Lähmungen in zu grosser Ausdehnung lokal behandelt ohne Rücksicht auf die Aetiologie der Erkrankung. Die Hauptfactoren der Behandlung sollten in der Mehrzahl der Fälle die Ruhe, die Massage und die Electricität sein. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) **W. Cheatham. Lähmung der Kehlkopfmuskeln nebst Krankengeschichten. (Paralysis of the laryngeal muscles with cases)** *Med. and Surg. Reporter. 1. April 1893.*

Der eine Fall betraf ein Kind von 6 Monaten. Die einzige Störung, die in diesem Falle vorlag, war ein lautes, im ganzen Hause hörbares Geräusch beim Inspirium. Das Schreien des Kindes war ganz natürlich, die Ernährung bot keine Schwierigkeit und sonst war das Kind durchaus gesund. Eine Geschwulst war im Larynx nicht zu entdecken. Wenn in diesem Falle eine congenitale Lähmung der Abductoren bestand, sagt C., so ist es die erste, die ihm vorgekommen.

Weiter berichtet C. über zwei Fälle von Recurrenslähmung durch Aortenaneurysma. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

154) **Geley. Lähmung eines Stimmbandes bei primärem Lungenkrebs. (Paralysie d'une corde vocale. Cancer primitif du poumon.)** *Annales des mal. du larynx. No. 1. 1893.*

Der Fall ist interessant wegen der Seltenheit der Affection und der Schwierigkeit der Diagnose. E. J. MOURE.

155) **Riegel** (Giessen). **Ueber Lähmung der Glottiserweiterer bei multipler Hirn- und Rückenmarkssclerose.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 28.*

Bei einem Kranken mit den Erscheinungen der multiplen Hirn- und Rückenmarkssklerose stand das rechte Stimmband in Cadaver-, das linke in Medianstellung. Stimme rein; rechts bestand also Lähmung des Erweiterers ohne antagonistische Contractur der Schliesser. Die linksseitige Medianstellung deutet R. als primäre Lähmung des Erweiterers mit secundärer Contractur der Antagonisten. R. wendet sich dann gegen die frühere Krause'sche Auffassung, wie gegen die neuerdings von Krause aufgestellte Theorie. LANDGRAF.

156) **Grabower. Posticuslähmung bei Tabes als erstes Symptom.** *Münchener med. Wochenschr. No. 18. 1893.*

Bei einem 41jährigen Manne mit allgemeinen nervösen Störungen zeigte sich zuerst eine Lähmung des rechten Posticus, später Störungen der Schmerzempfindlichkeit, verlangsamte Leitung für Temperaturreize. Grabower empfiehlt

daher die betr. Untersuchung bei jeder Nervenerkrankung, auch wenn keine Stimmstörungen vorliegen, weil man bei rechtzeitiger Erkenntniss der Krankheit eine Schmiercur einleiten und das Fortschreiten des Processes verhindern könne.

SCHECH.

157) **P. K. Pel** (Amsterdam). **Krankendemonstrationen.** Demonstration in der medicinischen Section der Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaft zu Amsterdam. 1. November 1898. — *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1893. II. S. 641.*

Folgende Patienten boten laryngologisches Interesse dar:

I. Ein 51 jähriger Mann mit mehr als faustgrossen Lymphdrüsenpacketen zu beiden Seiten des Halses, welche sich innerhalb eines halben Jahres entwickelt haben und carcinomatöser Natur sind. Dieselben sind einem primären Carcinom der Epiglottis secundär. Interessant ist, dass die regionäre Metastase das Krankheitsbild beherrscht, während das Grundleiden kaum Symptome macht: geringe Heiserkeit erst seit kurzer Zeit; keine Schlingstörungen, kein Schmerz.

II. Tabiker von 49 Jahren mit beinahe vollständiger Paralyse des weichen Gaumens und doppelseitiger Posticuslähmung. (Im Sitzungsbericht steht: „beinahe vollständige Recurrensparalyse links, Posticusparalyse rechts"; allein das rechte Stimmband steht in Cadaver-, das linke in Medianposition; bei der Phonation bewegt sich das rechte Stimmband nach innen, so dass vollständige Juxtapposition in der Mittellinie stattfindet. — Ref.) Der Puls ist beschleunigt.

III. Mann von 67 Jahren, der vor $1^1/_2$ Jahren Schlingbeschwerden hatte und bei dem damals eine doppelseitige Stimmbandlähmung constatirt wurde. Eine Ursache für diese Lähmungen konnte nicht ermittelt werden. Weder Anomalien des Halses oder des Thorax, noch solche am Nervenapparat. Seitdem sind vorübergehend Augenmuskellähmungen aufgetreten. Die damals vorhandenen Kniereflexe sind jetzt erloschen; trophische Störungen an den Nägeln haben sich gezeigt. Es besteht eine rechtsseitige Posticus- und linksseitige Recurrenslähmung. Die Diagnose lautet: Tabes dorsalis.

H. BURGER.

158) **M. Laehr** (Giessen). **Klinische Beiträge zur Frage der Posticuslähmung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 45.*

L. theilt aus der Riegel'schen Klinik 5 Fälle mit, 3 peripheren, 2 centralen Ursprungs. Er stellt sich bei der Discussion der Frage auf den Semon-schen Standpunkt, ohne wesentlich neue Momente zu bringen. Die Details sind im Original nachzulesen.

LANDGRAF.

159) **J. Finlayson. Recurrenslähmung bei einem Kinde infolge von scrophulöser Drüsenschwellung. (Recurrent laryngeal nerve paralysis in a child from its implication in scrofulous glands.)** *Archives of Pediatrics. Septemb. 1893. Phil. Med. News. 21. October 1893.*

Der Pat., ein Kind von $4^1/_2$ Jahren, hustete seit 5 Monaten. Der Husten hatte ganz den heiseren Klang, wie man ihn bei Aneurysmatischen mit complicirender Recurrenslähmung trifft. Die Kehlkopfuntersuchung ergab keine Schwellung oder Ulceration, überhaupt keine Erkrankung der Schleimhaut, dagegen eine Lähmung des linken Stimmbandes, das nicht abducirt werden konnte.

Das Kind war rachitisch und tuberculös. Bei der Autopsie fand man den linken Vagus mit einer vergrösserten und verkästen Drüse verwachsen, doch liess er sich anscheinend ohne Verletzung ablösen bis zur Höhe der Lungenwurzel. Die Adhäsion nahm ihren Anfang gerade oberhalb des Abganges des Recurrens; dieser selbst war eng verwachsen und fast von seinem Ursprung an so in verkäste Drüsen eingelagert, dass er nur mit Mühe um die Aorta herum verfolgt werden konnte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **Beverley Robinson. Abductorenlähmung der Stimmbänder; Tracheotomie. (Abducter paralysis of the vocal cords. Tracheotomy.)** *N. Y. Medical Record. 8. April 1893.*

Nach der Untersuchung des von R. tracheotomirten Pat. schloss sich Dr. R. P. Lincoln der Diagnose auf Abductorenparalyse an; auch er konnte keinerlei Aetiologie des Falles auffinden und konnte auch keine andere, als die gegenwärtig eingeschlagene Behandlung anempfehlen; er gedachte der Möglichkeit, später einmal die Tracheotomiecanüle durch die Intubationsröhre zu ersetzen; die Prognose erschien ihm nicht unbedenklich.

Die weitere Behandlung kümmerte sich nur um die Heilung der Wunde, die gut aussieht. Nach mehreren Versuchen wurde eine gut passende, gefensterte Tube gefunden, die der Pat. tagsüber mit einem Kork verschlossen, Nachts frei trägt. Dabei fühlt sich der Pat. wohl, sein Allgemeinbefinden ist ein gutes, local macht sich keine Veränderung zum Bessern geltend. So hat der Pat. die Canüle vom Tage der Operation bis heute in relativer Zufriedenheit getragen. Es hat uns mehrmals die Frage beschäftigt, ob man nicht die Canüle entfernen solle, um zu sehen, ob der Pat. nicht ohne sie leben könne. Allein das Risico war zu gross, es erschien uns unsicher, dies zu thun, wenn man nicht vorher eine Operation ausführen könnte, die den Schluss der Stimmbänder während der forcirten Inspiration zu verhüten im Stande wäre. R. fährt fort: „Ich stelle Ihnen meinen Pat. jetzt vor in der Hoffnung, dass Sie mir einen praktischen Eingriff dieser Art empfehlen werden, der sich ohne grosse Gefahr würde ausführen lassen und den Pat. in den Stand setzte, die Canüle dauernd zu entbehren. Eine Intubation habe ich nicht für zwekmässig gehalten, weil ich nicht einsehe, wie sie für längere Zeit nützen könnte, und vor allem weil ich nicht glaube, dass sie zu einer endgültigen Heilung beitragen kann. Ein chirurgischer Eingriff vom Mund aus, etwa das Fortschneiden eines oder beider Stimmbänder mittelst eines eigens zu diesem Zwecke angegebenen Instrumentes, erscheint nicht gerechtfertigt wegen der Unsicherheit des Resultates, das man erzielen würde und wegen der Sicherheit, dass die Stimme stark geschädigt, womöglich ganz verloren wird. Ich kenne thatsächlich keinen Fall in der Literatur, in dem ein derartiger Eingriff mit grossem oder überhaupt mit Nutzen gemacht wäre. Ein Specialarzt sagte mir, dass er eine Operation dieser Art mit augenscheinlichem Nutzen gemacht habe, dass er den Fall dann aber aus dem Auge verloren habe und deshalb über den schliesslichen Ausgang nichts sagen könne (Dr. Hope). Kann Jemand eine Operation von aussen her empfehlen, die thatsächlichen Erfolg verspräche, oder muss mein Pat. sich dahin resigniren, seine Canüle für immer weiter zu tragen?"

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

161) **Estor** und **Cadilhac. Hämorrhagischer Kropf im Verlaufe von Schwangerschaft. (Haemorrhagic goitre in the course of pregnancy.)** *Phil. Med. News. 4. Februar 1893.*

Die 30jährige Frau war im 6. Monat schwanger; vom Beginn der Schwangerschaft an hatte eine Schwellung am Halse, die seit 8 oder 9 Jahren bestand, langsam und allmälig an Grösse zugenommen, so dass sie jetzt recht erheblichen Umfangs war. Seit 9 Tagen bestand eine andauernde Blutung aus zwei kleinen ulcerirten Stellen auf der prominirendsten Partie des Tumors. Die Blutung war zuerst noch profuser gewesen, dann war sie allmälig viel geringer geworden, jedoch hielt sie an. Die Frau war dabei recht schwach und anämisch geworden, geradezu kachektisch; sie klagte über Schwindel und Herzpalpitationen. Die Herztöne waren verdoppelt, und an der Spitze hörte man ein schwaches, blasendes Geräusch. Nach der Grösse der Geschwulst, der Unregelmässigkeit ihrer Oberfläche und Consistenz, nach dem Zustande und Aussehen der Patientin, sowie nach allen begleitenden Umstanden glaubte man es mit einem telangiektatischen Sarcom der Schilddrüse zu thun zu haben; jedoch widersprach der spätere Verlauf dieser Diagnose. Man entschloss sich zur Entfernung der Drüse. Die Operation war ausserordentlich blutig und die Geschwulst konnte nur theilweise entfernt werden. Drei Tage nach der Operation abortirte die Frau mit einem 6monatlichen Kinde. Die Wunde heilte ziemlich langsam, doch war die Heilung schliesslich noch eine zufriedenstellende; 10 Monate nach der Operation war die Pat. wieder vollständig gesund. LEFFERTS.

162) **J. G. G. Corkhill** (Birkdale) **Myxoedem bei vergrösserter Schilddrüse durch Subcutaninjectionen von Schilddrüsenextract geheilt. (Myxoedema with enlarged thyroid treated by subcutaneous injections of thyroid extract: recovery.)** *Brit. Med. Journal. 7. Januar 1893.*

Der Fall betrifft eine Frau von 32 Jahren, die nach nervöser Ueberanstrengung erkrankte. Das erste Symptom war eine vasculäre Anschwellung der Schilddrüse, später folgten die Zeichen des Myxödems. Die Pat. wurde unter der obengenannten Behandlung gesund, obgleich die Schilddrüse grösser als normal blieb. MACKENZIE-JOHNSTON.

163) **E. Creswell Baber** (Brighton). **Fütterung mit frischen Schilddrüsen bei Myxoedem. (Feeding with fresh thyroid glands in myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 7. Januar 1893.*

Krankengeschichte eines Mannes von 53 Jahren, der an den ausgesprochenen Symptomen von Myxödem litt. Derselbe gab an, dass heftige Schmerzen — die der Verf. auf die Circulation von Producten des soliden Oedems in den Blutgefässen zurückführen will — jedes Mal 36 Stunden nach der Darreichung der Drüsensubstanz auftraten. MACKENZIE-JOHNSTON.

164) **Constantine Holman. Ein Fall von Myxoedem mittelst Verfütterung von Schilddrüsen behandelt. (Case of myxoedema treated by thyroid feeding.)** *Brit. Med. Journal. 21. Januar 1893.*

Der Fall bestand bei der 44jährigen Frau seit 7 Jahren; H. behandelte mittelst Verfütterung frischer Schilddrüsen und erzielte eine deutliche und sehr schnelle Besserung trotz des ungünstigen Zustandes der Nieren.

MACKENZIE-JOHNSTON.

165) **Discussion. Myxoedem. (Myxoedema.)** Edinburgh Medico-Chirurgical Society. Sitzungen vom 15. und 16. Februar 1898. — *Lancet u. Brit. Med. Journ. 25. Februar 1893.*

Dr. Bramwell skizzirte das klinische Bild dieser Erkrankung und erwähnte, dass dieselbe um Edinburgh recht häufig sei, da er gegenwärtig nicht weniger als 30 Fälle kenne; Redner stellte die Symptome denen der Akromegalie und der Basedow'schen Krankheit gegenüber.

Prof. Greenfield besprach die Pathologie und die pathologische Anatomie der Krankheit und illustrirte seine Ausführungen durch die Demonstration von Photographien der Patienten und von mikroskopischen und makroskopischen Präparaten.

Dr. Lundie berichtete über seine eigenen Erfahrungen mit der Verfütterung von Schilddrüsen und stellte die sonstigen Ansichten über die Frage der Therapie zusammen.

An der weiteren Discussion und der Vorstellung von neuen Fällen betheiligten sich noch die Herren Affleck, Thomson, Russell, Bruce, Dunlop, Murray (Newcastle), Davies (London), Stalker (Dundee) u. A. m.

MACKENZIE-JOHNSTON.

166) **R. A. Lundie** (Edinburgh). **Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 4. März 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber corrigirt L. ein paar Punkte in dem Referat über seine Arbeit. MACKENZIE-JOHNSTON.

167) **Hector Mackenzie** (London). **Myxoedem. (Myxoedema.)**

168) **W. B. Hadden** (London). **Dasselbe.** *Brit. Med. Journal. March 4. 1893.*

Demonstration zweier Kranken vor der Clinical Society am 24. Februar 1893, die nach Behandlung mit Schilddrüsensaft bedeutend gebessert waren.

SEMON.

169) **White. Eine neue Präparation der Schilddrüse zur Behandlung des Myxoedems. (A new preparation of the thyroid gland for the treatment of myxoedema.)** *Phila. Med. News. 11. März 1893.*

Geleitet von der Anschauung, dass die Schilddrüse irgendwelche bisher nicht bekannte Fermentstoffe enthalten könne, beschloss W. zu versuchen, ob er gelatinöse oder flockige Niederschläge aus den flüssigen Extracten gewinnen könne, denen die gewünschte Wirkungskraft anhafte, und ob das wirksame Princip sich von der grossen Menge der Proteidsubstanzen und anderer organischer Stoffe werde trennen lassen. Er extrahirte die Drüsen zuerst mit einer Mischung

von gleichen Theilen Glycerin und Wasser. Das Filtrat wurde dann mit Phosphorsäure angesäuert und Calciumhydrat bis zur Erzielung alkalischer Reaction zugesetzt. Der Niederschlag wurde so schnell wie möglich abfiltrirt, gewaschen und über Schwefelsäure bei gewöhnlicher Temperatur getrocknet. Von dem Pulver, das er so erhielt, gab W. als Dosis 0,18; er erzielte gute Erfolge.

LEFFERTS.

170) **A. J. Davies** (London). **Die Behandlung des Myxoedems mit Schilddrüsen. (The treatment of myxoedema by thyroid gland.)** *British Medical Journal. 25. März 1893.*

Der Verf. empfiehlt die Dosis der Drüsensubstanz, die man geben soll, nach dem Gewicht zu bestimmen, da die Grösse der Drüse so überaus wechselnd ist, dass eine halbe oder eine viertel Drüse durchaus keine bestimmte Menge ist und in dem einem Falle zu wenig, im andern zu viel sein kann.

MACKENZIE-JOHNSTON.

171) **D. C. Watson** u. **Macaulay** (Edinburgh). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1893.*

Vorstellung von Fällen.

P. MC BRIDE.

172) **R. H. B. Nicholson. Myxoedem. (Myxoedema.)** *British Medical Journal. 8. April 1893.*

Vortrag gehalten in der East York and North Lincoln Branch der B. M. A. Präparate und Abbildungen dieser Krankheit wurden ausserdem demonstrirt von H. Pigeon, A. Francis und Evans.

MACKENZIE-JOHNSTON.

173) **B. D. Shapland** (Exmouth). **Die Behandlung des Myxoedems durch Verfütterung von Schafsschilddrüse. (The treatment of myxoedema by feeding with the thyroid gland of the sheep.)** *British Medical Journal. 8. April 1893.*

Krankengeschichte des Falles nebst Abbildung des Patienten vor und nach der Behandlung.

MACKENZIE-JOHNSTON.

174) **John P. Henry** (Lewisham). **Ein Fall von Myxoedem geheilt durch Schilddrüsenextract. (A case of myxoedema cured by thyroid extract.)** *Brit. Med. Journal. 8. April 1893.*

Klinischer Bericht über einen Fall, mit Abbildungen desselben. Die Behandlung erfolgte in der mehrfach erwähnten Weise.

MACKENZIE-JOHNSTON.

175) **Cocking. Myxoedem. (Myxoedema.)** *British Medical Journal. 15. April 1893.*

Bericht über einen Fall, von C. in der Sheffield Medico chirurg. Society vorgetragen. Im Anschluss daran stellte Owen einen mit Schilddrüsenextract behandelten Fall vor.

MACKENZIE-JOHNSTON.

176) J. H. Benson (Dublin). **Ein Fall von Myxoedem von langer Dauer behandelt durch Darreichung von Schilddrüsenextract durch den Mund. (Case of myxoedema of long standing treated by administration of thyroid extract by mouth.)** *Brit. Med. Journal. 15. April 1893.*

Klinischer Bericht über den in der obengenannten Weise mit Erfolg behandelten Fall. MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

177) Phelps. **Entfernung eines Knopfes aus dem Oesophagus, 2 Zoll unterhalb des oberen Sternalrandes. (Removal of a button from the oesophagus, two inches below the upper border of the sternum.)** *N. Y. Med. Record. 21. Jan. 1893.*

Es wurden verschiedene Massnahmen versucht, um den Knopf zu fassen; doch alle blieben erfolglos; Ph. entschloss sich deshalb am 7. Tage zur Incision. Der Knopf lag 2 Zoll unterhalb des oberen Sternalrandes, 7 Zoll vom Eingang. Ph. machte die Incision auf der Seite, wie gewöhnlich empfohlen, dem vorderen Rande der Sternocleidomastoideus folgend. Sollte er aber je die Operation wiederholen müssen, so würde er in der Mittellinie incidiren, um besser die Trachea nach der einen Seite und die Muskeln nach der andern retrahiren zu können. Der Einschnitt in den Oesophagus wurde gerade oberhalb der Vena anonyma gemacht und von hier aus wurde die Zange 2 Zoll tief eingeführt; der Fremdkörper wurde erfasst, doch liess er sich nicht entfernen. Da ein tiefer nach abwärts Schneiden wegen der Vena anonyma nicht angängig war, drängte Ph. die Trachea ganz zur Seite, präparirte dann stumpf den Oesophagus ab und schnitt nun von hinten her in den Oesophagus ein, so dass er den Knopf zu Gesicht bekam und auch leicht entfernen konnte. Da die Wunde sehr unregelmässig war, liess er sie offen und nach der allgemeinen Regel ernährte er den Pat. zuerst vom Rectum aus; da jedoch das Kind sehr abfiel, führte er ihm die Nahrung durch die Magensonde ein; trotzdem starb das Kind am 6. Tage an Erschöpfung, was nach Ph.'s Ansicht hätte vermieden werden können, wenn er es von Anfang an durch die Sonde gefüttert hätte. LEFFERTS.

178) Stoenescu (Bukarest). **Oesophagotomia intrathoracica durch das hintere Mediastinum. (Esofagotomia intra-toracica prin mediastinul posterior.)** *Spitalul. 1893. No. 11.*

Eine aus dem Laboratorium des Prof. Demostene hervorgegangene Arbeit von Dr. Potârca, die Verf. analysirt und die von allen denen berücksichtigt zu werden verdient, welche wegen Fremdkörper auf die eine oder andere Weise den Speiseröhrenschnitt ausführen wollen. SENTINON.

179) Robert Abbe. **Eine neue und sichere Methode zur Durchschneidung von Oesophagusstricturen. (A new and safe method of cutting oesophageal strictures.)** *N. Y. Med. Record. 25. Februar 1893.*

A. empfieht folgende Operation für undurchgängige oder sehr enge Oeso-

phagusstricturen: Man macht die Gastrotomie mittelst schrägen Einschnitts entlang dem Rand der Rippenknorpel. Darauf wird eine Digitaluntersuchung der Oesophagealöffnung vorgenommen und unter Leitung des Fingers ein kleines konisches Bougie von elastischem Gummi eingeführt. Lässt sich das Orificium leicht dilatiren, so nimmt man weitere Bougies, doch wo Widerstand vorliegt, ist von einem Forciren als gefahrvoll Abstand zu nehmen. Mit einem ganz feinen Bougie führt man dann eine festgeflochtene Seidenschnur vom Magen bis in den Mund; an dieser Schnur entlang wird jetzt ein etwas weiteres Bougie eingeführt und fest in die Strictur eingepresst, so dass diese gedehnt wird. Mittelst der weit in den Mund eingeführten Finger wird nun die Leitschnur nach oben gezogen und man fühlt dabei das Bougie vorrücken, während durch Auf- und Abziehen der Schnur die Festigkeit der Strictur nachlässt. Es werden nun weitere Bougies eingeführt und dabei mit der Schnur die sägenden Bewegungen fortgesetzt. Sobald die weitesten Nummern erreicht sind, führt man eine entsprechende Gummisonde in den Oesophagus ein, so dass das untere Ende ausserhalb der Magenwunde liegen bleibt; zur Ernährung dient eine kleinere Sonde, die in den Magen eingeführt wird. Der Pat. kann auf die Weise Wasser trinken zur Anfrischung seines Mundes oder er kann Speichel verschlucken, ohne dass er die Wundfläche verunreinigt und ausserdem dient die Sonde noch zur Erhaltung der erzielten Dilatation. Am 2. oder 3. Tage kann dann die weite Sonde entfernt werden und vom 4. Tage ab führt man die dilatirenden Rohre vom Munde aus ein. Die Gastrotomiewunde kann, sobald der Pat. zu Kräften gekommen ist, durch eine plastische Operation geschlossen werden. LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) IV. Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen.

Gent, 4. Juni 1893.

Vorsitzender: Professor Dr. Eeman.

Anwesend sind 33 Fachärzte, Inländer und Ausländer.

Die Sitzung findet statt in der Klinik von Prof. Eeman im Hospital Van Caneyhem. Für die nächstjährige Zusammenkunft wird von der Versammlung Antwerpen bestimmt.

Eeman legt mikroskopische Präparate vor von einem 1. typischen hyalinen Myxom, 2. Fibromyxom, 3. polypösen Carcinom des Kehlkopfes; sodann zeigt er noch ein anatomisches Präparat vor von einer narbigen Kehlkopfstenose, unbekannter Ursache. Zum Schluss theilt E. im Namen von Dr. Koch (Luxemburg) 2 Fälle mit: 1. den eines Fibrosarcoms des Ventric. Morgagni, operirt mit der Scheinmann'schen schneidenden Zange, und 2. den eines voluminösen Fremd-

körpers des Oesophagus (Stück Kreide von 14 × 3 × $^{1}/_{2}$ cm); sodann zeigte er noch Antrophore, welche Koch zur Behandlung von Halsfisteln hat construiren lassen.

Goris (Brüssel) spricht 1. über eine hartnäckige Neuralgie eines Nasenflügels, welche durch Resection und Dehnung des N. infraorbit. geheilt wurde; 2. über einen primären diphtheritischen Croup mit Kehlkopfabscess-Tracheotomie und letalem Ausgang; 3. über zwei Fälle von Dermoidcysten des Bodens der Mundhöhle operirt von aussen her in der Reg. inframaxill., ferner über eine Rhinoplastik bei einem Lupus des Nasenrückens durch Stirnlappenbildung und einer kleinen Hauttransplantation aus dem Arme; Gevaert (Gent) stellt einen Kranken vor, welchen er an einer Synechie der Stimmbänder operirt hatte; sodann einen andern Patienten, welchen er mit der galvanokaustischen Schneideschlinge an einem Fibrosarcom der rechten Nasenhöhle operirt hatte und das recidivirt war.

Bei der Discussion zeigt Wagnier (Lille) ein welschnussgrosses Fibromyxom des Nasenrachenraumes vor, dessen Stiel er vermittelst eines Katheters abgetrennt hatte, worauf Patient den Tumor auswarf. Kein Recidiv.

Boval (Charleroi) stellt einen Patienten vor, welchen er von einem fibrösen Nasenrachenpolypen vermittelst Electrolyse und Ausreissen befreit hatte; sodann zeigt er einen Rhinolith vor, welcher sich um ein Kautschuckstück gebildet und 3 Jahre in der Nase eines 13jährigen Mädchens verweilt war. Die untere Nasenmuschel war verschwunden.

Cheval (Brüssel) hält einen Vortrag über die Behandlung der Deformationen der Nasenscheidewand, deren Ursachen, Geraderichten durch Apparate, Abtragen durch Instrumente und speciell vermittelst der Bohrmaschine der Zahnärzte und endlich der Electrolyse, mit welcher er sich eingehend beschäftigt.

Delie (Spres) zeigt einen Hohlmeissel vor zum Abtragen von Vorsprüngen der Nasenscheidewand, sodann eine Zange zur Entfernung von an der untern Stimmbandfläche aufsitzenden Polypen.

Bayer (Brüssel) hält einen Vortrag über den „therapeutischen Werth der Kohlenwasserstoffe, speciell der Vasogene i. e. „mit Sauerstoff bereicherte Kohlenwasserstoffe“, mit welchen er bei der Behandlung der verschiedenen Nasen- und Halsaffectionen und noch ganz besonders bei der Behandlung der Tuberculose unzweifelhafte Erfolge erzielt hat. Da die Vasogene mit Flüssigkeiten emulsioniren und eine ganz ausnehmende Resorptionsfähigkeit besitzen, ausserdem andere wirksame Heilmittel, wie Jodoform, Campher, Menthol, Creosot, Creolin, Ichthyol etc. etc. mit Leichtigkeit in sich aufnehmen, so ist ihr hoher therapeutischer Werth über allen Zweifel erhaben. B. giebt bei der Behandlung der Tuberculose bis zu 12—15 g 20 pCt. Creosotvasogen innerlich!

Natier (Paris) berichtet über einige Fälle von Sarcomen der Nasenhöhle und Broeckart (Gent) über eine „angeborene Anomalie des Gaumensegels.“

Gouguenheim (Paris) erzählt von dem seltenen Fall eines „perilaryngealen Kehlkopfabscesses“, ausgehend von der Wirbelsäule (Tuberculose der 3 letzten, hauptsächlich des 6. Halswirbels), bei welchem wegen Erstickungsgefahr

die Tracheotomie vorgenommen ward, ohne jedoch den Exitus let. verhindern zu können. Daran anschliessend theilt Moll (Arnheim) einen Fall von Larynxabscess mit, der am Proc. vocalis dextr. mit Oedem des Aryknorpels und vollständiger Immobilität des Stimmbandes sich gebildet hatte. Interessant dabei ist, dass der Abscess das Initialstadium einer Influenza bildete, in deren Gefolge als Complication eine Pleuropneumonie auftrat, und 3 Wochen nachher alles glücklich abgelaufen war.

Schiffer (Lüttich) hält an der Hand eines einschlägigen Falles einen Vortrag über die Pathogenie des „nichtinfectiösen Croups der Nasenschleimhaut", welcher eine Discussion veranlasste, an welcher sich Delstanche, Bayer, Goris, Gouguenheim, Cheval und Wagnier betheiligten; ausserdem zeigt Sch. das mikroskopische Präparat eines Epithelioms der Uvula und des linken Gaumenbogens vor mit charakteristischen Perlkugeln, welches er mit der galvanocaustischen Schneideschlinge und dem Thermocauter exstirpirt hatte.

Laurent (Brüssel) spricht über die Bacteriologie der Ozaena und kommt zu dem Resultate, dass der specifische Microb noch zu finden ist.

Schuster (Aachen) macht einige Bemerkungen über tiefe Naseneiterungen, deren Diagnose nur durch die Sonde festzustellen sei; endlich zeigt Lecocq (Wasmes) einen voluminösen Mandelstein vor von der Grösse von 26 mm : 11 mm.

Die Gastfreundschaft des Herrn Präsidenten und die Zuvorkommenheit der andern Genter Collegen trugen in grossem Maasse dazu bei, allen Theilnehmern nicht nur interessante, sondern auch recht angenehme Stunden zu bereiten.

Bayer.

---

b) Stiftungssitzung der „Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Abgehalten in Utrecht am 2. Juli 1893.

Eröffnungsansprache des vorläufigen Vorsitzenden Prof. Dr. A. A. G. Guye „Ueber die verschiedenen Richtungen in der Ohrenheilkunde".

Gewählt wurden in den Vorstand als

Vorsitzender: Prof. Guye (Amsterdam);

Schatzmeister und stellvertretender Vorsitzender: Prof. D. Doyer (Leiden)

Schriftführer: Dr. H. Burger (Amsterdam).

Dr. G. D. Cohen Tervaert (Haag): Ein Fall von Rhinosclerom.

Redner demonstrirt einen Pat., 24 Jahre alt, dessen Vater an Lungenphthise gestorben und der selbst scrophulöser Constitution ist. Im Halse mehrere Narben von abscedirenden Lymphomen. Seit einem Jahre spürt Pat. ein Gefühl von Dicke im Halse. December vorigen Jahres trat linksseitiges Ohrensausen auf. Status im Februar d. J.: Hyperämie der linken Paukenhöhle. Die linke Plica

salpingo-pharyngea ist in einen stark prominirenden, harten, rothen Strang umgewandelt, der sich bis an den hinteren Gaumenbogen erstreckt und links vom Zäpfchen mit einer etwas strahlig aussehenden Verdickung endigt. Das Zäpfchen ist geschwollen, hart, roth und wenig beweglich. Die Röthe erstreckt sich auch auf einen Theil des weichen Gaumens. An der Rückseite des weichen Gaumens geht ein starker harter Strang von Zäpfchen schräg nach der linken Plica salpingo-pharyngea. Ein zweiter vertical verlaufender Strang zeigt sich auf der rechten Seite der hinteren Rachenwand. Sonst im Nasenrachenraum und in der Nase keine Abweichungen. Nichts Abnormes im Kehlkopf. Brust- und Bauchorgane Blut und Harn normal. Seit Februar ist es im linken Ohre zur Eiterung und Perforation gekommen. An der Rückseite des weichen Gaumens ist eine Fissur entstanden, die Vorderseite des Zäpfchens zeigt ein paar kleine Erosionen. Unter dem linken Kieferwinkel sitzt jetzt ein theilweise erweichtes Lymphdrüsenpacket, am rechten Oberarme ist ein kalter Abscess aufgetreten. Was die Diagnose betrifft, so glaubt Verf., wiewohl der Gedanke an Tuberkulose nahe liegt, dieselbe auf Grund des Fehlens von bedeutenderen Ulcerationen ausschliessen zu können. Gegen Lupus plaidirt die beträchtliche Härte der Schwellung. Bösartige Geschwülste wachsen schneller und fallen früher der Ulceration anheim. Letzteres Argument spricht auch gegen Syphilis, wofür übrigens auch anamnestische oder sonstige Daten fehlen. Redner hat darum per exclusionem die Diagnose Rhinosclerom gestellt.

Dr. Posthumus Meyes (Amsterdam). Die Localisation, namentlich das Freibleiben von Nase und Kehlkopf, spricht nicht für Rhinosclerom. Sicherheit kann nur die mikroskopische Untersuchung gewähren. Wie denkt Vortragender über die Behandlung der Infiltration mit Trichloressigsäure?

Dr. Nijkamp (Leiden). Wir dürften es vielleicht mit einer Mischform von Lues und Tuberculose zu thun haben. An der Rückseite des weichen Gaumens sitzt ein tiefes Geschwür. Wenn Vortragender an der Diagnose Rhinosclerom festhält, wäre es dann, in Anbetracht der geringen Ausdehnung des Processes, nicht angezeigt eine galvanocaustische Zerstörung zu versuchen?

Dr. Sasse (Haarlem). In den von mir in Wien beobachteten Fällen waren immer die beiden Gaumenbögen afficirt und das Zäpfchen verkleinert.

Dr. Huysman (Utrecht). Hier fehlt die Elfenbeinhärte, welche Rhinosclerom-Infiltrationen besitzen sollen. Das Leiden ist vielleicht als Lupus anzusprechen.

Dr. Cohen Tervaert. Die Infiltrationen sind ja sehr hart. Ich werde die microscopische Untersuchung vornehmen, und später den Pat. wieder vorführen.

Dr. A. Sikkel (Ulrecht): Ein Fall von Larynxpapillom.

Vortragender demonstrirt eine 47jährige Frau, die vor 18 Jahren wegen stenosirender Stimmbandpapillome tracheotomirt worden und seitdem dauernd eine Trachealcanüle getragen hat. S. sah sie im März 1892. Die Stenose war weniger hochgradig wie früher, sodass Pat., aber nur bei ruhigem Verhalten, mit geschlossener Canüle athmen konnte. Vollständige Aphonie. Stimmbänder und Taschenbänder sind von grauweissen, wenig erhabenen, blumenkohlartigen Wuche-

rungen bedeckt, welche die Stimmritze bis auf eine erbsengrosse Oeffnung im hinteren Theil derselben ganz ausfüllen. Beim Phoniren füllen diese Massen das Kehlkopfinnere vollständig aus. In vier Sitzungen werden die Tumoren mit der Schroetter'schen Pincette entfernt und deren Boden mit Galvanocaustik und Lapis nachbehandelt. Die Canüle wurde entfernt, worauf sich die Wunde schnell schloss. Die Stimme ist jetzt, ein gutes Jahr nach der Operation, laut und deutlich, nur ein wenig rauh. Die Stimmbänder sind mässig verdickt. Die microscopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose Papillom.

Der Vorsitzende gratulirt Herrn S. zu dem erhaltenen Erfolg. Der Kehlkopf sieht wirklich nahezu normal aus.

Sämmtliche weitere Vorträge waren otologischen Inhalts.

H. Burger.

III. Briefkasten.

Personalia.

Die Herren Dr. Felix Klemperer (Strassburg i. E.) und A. Bronner (Bradford) sind dem Centralblatt als ständige Mitarbeiter beigetreten; Herr Dr. Mackenzie Johnston, dem wir für seine fünfjährige Thätigkeit an dem Blatte hiermit unsern besten Dank sagen, hat sich in Folge von Zunahme anderer Pflichten, gezwungen gesehen, seiner Mitarbeiterschaft zu entsagen. Herr H. Mendel ist ebenfalls zurückgetreten.

Die Herren:

Sir George Johnson F. R. S. (London),
Wilhelm Meyer (Copenhagen),
B. Fränkel (Berlin),
L. v. Schrötter (Wien),
Stoerk (Wien),
J Solis Cohen (Philadelphia),
G. M. Lefferts (New York),
F. Massei (Neapel),
E. J. Moure (Bordeaux)

sind zu Ehrenmitgliedern der Laryngological Society of London ernannt worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, April. 1894. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **H. F. Ivins. Rhinologie und Laryngologie. (Rhinology and Laryngology.)** *Hahnemanian Monthly. August 1893.*

Eröffnungsrede zum Welt-Congress der homöopathischen Aerzte und Chirurgen; J. giebt eine allgemeine Uebersicht über den Stand der Disciplinen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

2) **M. F. Coomes. Einige praktische Punkte aus dem Gebiete der Laryngologie. (Some practical points in Laryngology.)** *Indiana Med. Journal. August 1893.*

Bei den Affectionen des Nasenseptums soll man mit den Injectionen von Cocain nicht hoch hinaufgehen wegen der starken Resorptionskraft dieser Gegend und der Neigung des Mittels, auf die Hemmungscentren zu wirken.

Bei Nasenbluten bedient sich C. des Thermokauters mit niedrigen Hitzegraden. Die Intubation sollte das letzte Zufluchtsmittel sein, zu dem man bei Luftmangel greift: Eine diphtheritische Membran kann durch die Tube in einen Bronchus gestossen werden, was durch blosse Inhalation niemals vorkommt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **J. L. Swan. Hals- und Nasen-Klinik. (Throat and Nose Clinic.)** *The Clinique. 15. September 1893.*

S. giebt mehrere Krankengeschichten, aus denen nichts Besonderes zu erwähnen ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **Poulsen (Kopenhagen). Ueber Abscesse am Halse.** *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 37. Bd. 1. 2. 1893.*

Im Ganzen hat P. 530 Halsabscesse für das Studium der anatomischen Lageverhältnisse benutzen können. Den Resultaten seiner Untersuchungen schickt er eine kurze Darstellung der Fascienverhältnisse des Halses voraus.

Von diesen Abscessen interessiren uns die 16 Retrovisceralabscesse, von welchen 3 spondylitische Abscesse waren, während es sich in den übrigen 13 um Adenophlegmonen gehandelt hat, entstanden durch Suppuration in den vor dem 2. und 3. Halswirbei gelegenen kleinen Lymphdrüsen. Für die Adenophlegmone empfiehlt P. die Incision vom Schlunde aus, nur da, wo der Eiter sich nach den Seiten hin ausbreitet, wird man entweder am vorderen oder am hinteren Rande des Sternocleidomastoides incidiren müssen.

Abscesse im prävisceralen Raume (zwischen der Trachea und den Prätrachealmuskeln gelegen) sind 11 mal notirt, in einem Falle war die Infection vom Oesophagus ausgegangen, in einem Fall von Ulcerationen im Larynx, in einem Falle hatte doppelseitige Otitis bestanden, in drei Fällen war Angina vorausgegangen, 4 mal war keine Aetiologie nachweisbar. Die Submaxillarabscesse sind am stärksten vertreten: 251. In einem Fall ging die Infiltration bis auf den Larynx über, das Oedem war unzweifelhaft mitwirkend zu dem während der Operation eingetretenen Tode. SEIFERT.

5) **Vergely. Die Pseudo-Phlegmone des Halses. (Le pseudo-phlegmon du cou.)** *Archives cliniques de Bordeaux. April 1892.*

V. berichtet von einem 19jährigen jungen Manne, den er beobachtet hat. Derselbe hatten vor dem Sternocleidomastoideus einen gut eigrossen Tumor, dabei Schluckbeschwerden und Heiserkeit. Die Geschwulst wurde punctirt und man erhielt eine ziemliche Menge einer serös-blutigen Flüssigkeit. Es handelte sich um ein entzündliches Oedem bei einem Rheumatiker. E. J. MOURE.

6) **Bormans** (Lüttich). **Gangränöse Phlegmone der Regio submaxillaris. (Phlegmon gangréneux de la region sushyoidienne.)** *Archives Medicales Belges. Juillet 1893.*

Die Affection nahm ihren Ausgang von einem cariösen unteren Weisheitszahn links, ergriff die Unterkieferlymphdrüsen und führte zur Abscedirung mit Gangrän. Heilung nach tiefer Incision. BAYER.

7) **Schimmelbusch. Tumor an der vorderen Seite des Halses.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 51. Berliner klin. Wochenschr. 1894. No. 1.*

Sch. operirte mit Erfolg ein $1\frac{1}{2}$ Stunden altes Kind, welches wegen Athemnoth und Cyanose, die durch einen hühnereigrossen, Kehlkopf und Luftröhre umfassenden, vom Kinn bis hinter das Sternum sich erstreckenden Tumor bedingt war, in die Bergmann'sche Klinik kam. Die Geschwulst wurde ausgeschält. Sie bestand aus Bindegewebe mit kleinen von Cylinderepithel ausgekleideten Cysten und vereinzelten Knorpelinseln. Virchow hielt die Geschwulst für verwandt mit den Mediastinalgeschwülsten. LANDGRAF.

8) **Goris** (Brüssel). **Syphilitische Cervical- und Inframaxillargummata. (Gommes syphilitiques cervicales et sousmaxillaires.)** *La Presse Méd. Belge. No. 30. 1893.*

Die Halsuntersuchung — Narben — liess den Autor die Natur der tau-

beneigrossen Tumoren erkennen; die specifische Behandlung ergab denn auch einen entsprechenden Erfolg. BAYER.

9) **Schlange** (Berlin). **Ueber die Fistula colli congenita.** *Arch. f. klin. Chirurg. XLVI. 2. 1893.*

Ein gelegentlich des Congresses für Chirurgie, April 1893, demonstrirtes Präparat stammt von einer seitlichen Halsfistel, welche mit bleibendem Erfolg exstirpirt wurde. Die innere Wand der Fistel mit Cylinderepithel ausgekleidet, an das sich lymphadenoides Gewebe anschliesst, das wiederum von einer starken Schicht quergestreifter, in der Richtung der Fistel verlaufender Muskelfasern umgeben ist. In dem lymphadenoiden Gewebe zahlreiche Follikel.

Für die radicale Operation der medianen Kiemengangsfisteln schlägt Schlange die Spaltung des Zungenbeins in der Mitte resp. die Resection eines 1 cm breiten Stückes aus der Mitte desselben vor. SEIFERT.

10) **Kummer** (Genf). **Angeborene Dermoidcyste der Schildknorpel-Zungenbeingegend. (Kyste dermoide thyreohyoide congénitale.)** *Revue méd. de la Suisse romande. H. 8. 1893.*

Diese Cyste stand in keiner Beziehung mit dem Zungenbein, sondern war durch Einschliessung (enclavement) des Epithels entstanden, enthielt weder Haare, noch andere Epithelialgebilde, sondern nur Fett- und Colloidmassen.

JONQUIÈRE.

11) **T. T. Matignon** (Paris). **Ueber Ludwig'sche Angina. (L'angine de Ludwig.)** *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux.*

Eine gute Uebersicht über den Stand der Frage; nichts Neues. LUC.

12) **Trumpp. Ueber einen Fall von Angina Ludovici.** *Münch. med. Wochenschr. No. 38. 1893.*

T. meint, der von ihm mitgetheilte Fall spreche dafür, dass eine Angina Ludovici keine tödtliche Krankheit sei, wie man so oft lese. Der Fall selbst war nach der Beschreibung ein sehr hochgradiger. SCHECH.

13) **C. Eckhard** (Giessen). **Noch einmal die Parotis des Schafes.** *Centralbl. f. Physiol. 1893. No. 12.*

Die Reizung des N. buccalis trig. leitet eine ausserordentlich reiche Parotidensecretion ein; nach der Trennung des Stammes des N. buccalis wird die Menge des Secrets nicht abgeändert. Die Ursache der continuirlichen Secretion der Schafparotis hängt nicht vom Sympathicus ab, sondern die Drüse besitzt in sich die Ursache einer Erregung. A. ROSENBERG.

14) **J. C. Stewart. Einige Punkte aus der Chirurgie der Ohrspeicheldrüse. (Some points in parotid surgery.)** *Northwestern Lancet. 15. Mai 1893.*

St. spricht vornehmlich von der allgemeinen Vernachlässigung des Nervus facialis bei diesen Operationen, sowie von der Wichtigkeit der Vermeidung einer Fistelbildung. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

15) **Avellis** (Frankfurt a. M.). **Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte und eines veränderten Kehlkopfspiegels.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Damit jeder Patient seinen eigenen Kehlkopfspiegel habe, trägt das spiegelnde Plättchen an der Rückenwand ein Knöpfchen, über das man die Oese des Stiels schiebt. Der Verschluss ist genau und fest.

Das Besteck ist äusserst compendiös und bei Steiner, Frankfurt a. M. Allerheiligenstr. 58 zu haben. A. ROSENBERG.

16) **J. W. Gleitsmann. Ein multipler Pulver-Bläser. (A multiple powder blower.)** *N. Y. Med. Journal. 22. Juli 1893.*

Das Instrument vermeidet die Nothwendigkeit einer jedesmaligen neuen Füllung des Rohres zum Gebrauch und gleichzeitig bietet es Receptakel für verschiedene Pulver, so dass es gewissermassen mehrere Pulverbläser in einem vereinigt; der Operateur kann nach Belieben ein Pulver allein, oder zwei oder drei combinirt einblasen. Die dem Artikel beigegebene Abbildung macht das Instrument verständlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **G. M. Kreider. Congenitale Ohr- und Nasenfistel. (Congenital fistula of the ear and nose.)** *International Journal of Surgery. März 1893.*

K. beschreibt ein paar Fälle mit dieser seltenen Anomalie (einer betrifft die Nase), die den Teratologen interessiren dürften. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Redactionelle Notiz. Eine eigenthümliche Form von Nasenverstopfung. (A peculiar form of nasal obstruction.)** *Phil. Med. News. 1. Juli 1893.*

Es ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass der Luftstrom durch die Nase behindert werden kann durch die Annäherung der Gewebe der Nasenflügel an die des Septums in Folge tiefer inspiratorischer Anstrengung. Die Neigung zu dieser Art des Verschlusses verstärkt sich durch zurückgelehnte Haltung, besonders während des Schlafes. Erreicht die Störung in der O-Zufuhr zum Blute einen gewissen Grad, so fährt der Schlafende auf und mit ein paar vollen Athemzügen schafft er vorübergehende Besserung. Es kann dieser Zustand zur Quelle von Störungen, wenn nicht zu wirklicher Gefahr werden bei der Inhalation von Aether oder Chloroform zum Zwecke der Narkose. Der Zustand hängt vielleicht zusammen mit einer Schwäche der Dilatatores und Levatores nasi. Die Einführung eines kleinen knopfartigen Apparates genügt natürlich, um dem Verschluss vorzubeugen. LEFFERTS.

19) **M. D. Lederman. Eine ungewöhnliche Folge einer intranasalen Operation. (An uncommon sequela of an intra-nasal operation.)** *Annals Ophth. and Otology. April 1893.*

Ein Fall von Nasenscheidewandabscess nach einer Operation mit der Säge zur Entfernung einer Ekchondrose. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Moritz Schmidt. Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Electrolyse.** Vortrag, gehalten auf dem Congress für innere Medicin. — *Münchn. med. Wochenschr. No. 17. 1893.*

Schm. bedient sich eines Accumulators als Stromquelle; nach vorheriger Cocainisirung wird die am negativen Pole befindliche Nadel in die zu beseitigende Stelle eingestochen, der positive Pol kommt auf irgend eine Stelle der Haut. Man schleicht sich dann langsam mit dem Strom ein, lässt ihn aber nicht so stark werden, dass es schmerzt. Dauer der Anwendung 5—10 Minuten, alle 8 Tage eine Sitzung, und bei sehr grossen Deviationen alle 2—3 Tage eine, dann sticht man aber jedesmal eine andere Stelle ein. Nach vier Sitzungen ist der Knorpel erweicht und wird dann resorbirt. Desinfection der Nadeln, Nachbehandlung mit Europhen- oder Mentholöl. SCHECH.

21) **Jos. Neumann** (Budapest). **Ueber eine mit Cholestearin vollständig ausgefüllte Nasenhöhle.** *Virch. Arch. CXXXII. Heft 2.*

Ein von der einem Sarkom ähnlichen Geschwulstmasse entferntes Stück zeigte mikroskopisch „überwucherte Schleimhautelemente mit Rundzelleninfiltration.“ Die weisse, schmierige, käsige, stinkende, die ganze Nase ausfüllende Masse (20 g) bestand aus Cholestearin.

Der Reiz des fremdartigen Inhaltes hatte wohl als Produkt eines entzündlichen formativen Processes das entzündliche und die Masse verdeckende resp. einhüllende Gewebe erzeugt. A. ROSENBERG.

22) **Reverdin** (Genève). **Colossaler Schleimpolyp der Nase mit Verlängerung nach der Rachenhöhle. (Polype muqueux colossal avec prolongement pharyngien.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 6. 1893.*

Etwas mühsame Entfernung mittelst eines grossen König'schen Löffels per nasum. Mikroskopisch ergab sich ein „reines Myxom.“ JONQUIÈRE.

23) **Schippmann. Nasenpolyp.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 46.*

Der Polyp sass mit 2 Stielen der mittleren Muschel auf. LANDGRAF.

24) **W. H. Wakefield. Nasenpolyp; mit Bericht über einen Fall. (Nasal polypus with report of a case.)** *Charlotte (N. C.) Med. Journal. Oct. 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Jonathan Wright. Einige Bemerkungen über die Strictur oedematöser Nasenpolypen. (Some remarks on the structure of oedematous nasal polypi.)** *N. Y. Med. Journal. 4. November 1893.*

Der Artikel wird im Verhandlungsberichte des XV. Congresses der American Laryngological Association referirt werden. LEFFERTS.

26) **P. Manasse** (Strassburg). **Nasenpolypen mit Knochen.** *Virchow's Archiv. CXXXIII. 2. 1893.*

M. sah innerhalb 3 Wochen in der Universitätsohrenklinik 4 Patienten, die ausser anderen Polypen in der Nase auch solche mit Knochen zeigten; und

zwar scheinen diese Neubildungen jedesmal von der mittleren Muschel ihren Ausgang zu nehmen. A. ROSENBERG.

27) **Meyerson** (Warschau). **Ueber Knochenblasenbildung in der Nase, nebst einem Falle von empyematöser Knochenblase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1893.*

Nach einigen Bemerkungen über Vorkommen und Ursache der Knochenblasen theilt M. einen selbstbeobachteten Fall mit, der sich durch die Grösse der Blase auszeichnete. Derselbe betrifft einen 22jährigen Violinspieler, dessen äussere Nase an der Basis ungewöhnlich verbreitert war. Nach Entfernung mehrerer Schleimpolypen erschien eine sehr grosse Blase der mittleren Muschel, deren Länge 4 cm betrug und aus der sich nach ihrer galvanokaustischen Eröffnung Eiter ergoss; der übrige Theil der 1 mm dicken Blase wurde in mehreren Sitzungen mittelst Zange und Schlinge entfernt. Gleichzeitig bestand ein Empyem der Highmorshöhle. SCHECH.

28) **I. Ion. Nedelcovici** (Bukarest). **Osteoma eburneum in der rechten Nasenhöhle. Operation. Heilung. Bemerkungen und Betrachtungen. (Osteom eburnat al fosei nasale drepte. Operatie. Vindecaze. Observatie si reflexiuni.)** *Spitalul. 1893. No. 3.*

Fall aus dem Filantropie-Krankenhaus; Operateur Dr. Leonte. Die Geschwulst war 8—6—4 cm gross und wog 35 g. SENTINON.

29) **W. S. Renner. Cysten der Nasenwege. (Cysts of the nasal passages.)** *Buffalo Med. Journal. October 1893.*

Diese Affection ist selten. Ausser einem von Potter (Buffalo) und einem von Moure (Bordeaux) mitgetheilten Falle findet R. in der Litteratur nur 11 Fälle; er selbst theilt einen neuen mit. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **Schwager** (Würzburg). **Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut.** (Aus Dr. Seifert's Ambulatorium.) *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Sie stellen tief dunkle bläulich-rothe Geschwülste der unteren Muschel oder des Septum dar, die unter Anwendung von Cocain sich nicht wesentlich verkleinern und bei der Abtragung mit der Schlinge zu starken Blutungen Veranlassung geben. Mikroskopisch bestehen sie aus Bluträumen, die durch Bindegewebsbalken von einander getrennt sind. In den mehr oberflächlichen Schichten hat das Bindegewebsgerüst das Uebergewicht, während in der Tiefe die Hohlräume ebenso mehr und mehr zunehmen wie die venösen Gefässe, die die Bindegewebsbalken durchbrechen. Die Hohlräume confluiren daselbst häufig zu allmälig grösser werdenden Bluträumen. Arterielle Gefässe sind wenig vorhanden, ebenso Drüsen; letztere gehören zu den verästelten tubulösen Schleimdrüsen. Das Oberflächenepithel ist geschichtet und trägt Flimmerhaare. Manchmal finden sich auch Nerven.

Sch. beschreibt 6 hierher gehörige Fälle. A. ROSENBERG.

31) **Natier** (Paris). **Ueber einige Fälle von Sarcomen der Nasenhöhle. (Sur quelques cas de sarcomes des fosses nasales.)** *La Clinique. No. 26. 1893.*

Siehe den Bericht über die 4. Jahresversammlung belgischer Otologen und Laryngologen.

BAYER.

32) **Ziem. Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. No. 8 u. 9. 1893.*

Z. meint, zwei Drittel aller Augenleiden gingen wohl von Nasenleiden aus oder würden doch durch das Vorhandensein von solchen begünstigt. Längs der Continuität fortgeleitet sind hauptsächlich die Krankheiten der Thränenwege, Thränenträufeln und catarrhalisch-eitrige Erkrankungen des Thränenschlauches. Thränenträufeln kommt vor bei Atonie der Nasenmündung des Thränenschlauches, bei Verstopfung der Nasenöffnung des Thränenschlauches durch Nasenpolypen oder hyperplastische Anschwellung der Schleimhaut bei Fremdkörpern und Concretionen, bei Atrophie des Schwellgewebes im Thränenschlauche, bei Compression des Thränencanales von aussen durch Exostosen, Hypertrophie der Siebbeinzellen, Geschwülste der Nasen- und Kieferhöhle, bei Stricturen und Verstopfungen im Verlaufe des Ductus lacrym., bei Fisteln, bei Atresie der Choane, adenoiden Wucherungen, bei Lähmung oder Parese des Orbicularis, bei Schwellungen der Kieferhöhlenschleimhaut. Ob es ein nervöses Thränenträufeln giebt, ist fraglich. Bei allen diesen Dingen muss die Nase sorgfältigst untersucht und behandelt werden, soll wirklich eine Heilung eintreten. Der Eiterung im Thränensack scheinen immer Erkrankungen der Nase zu Grunde zu liegen, ebenso sind viele Fälle von Conjunctivitis und Trachom auf Nasencatarrh zurückzuführen. Phlyctänuläre Keratitis und Erkrankungen des Uvealtractus finden sich häufig in Verbindung mit chronischen Nasenleiden. Myopie, Catarrhe scheinen auch nicht selten durch Nasenleiden verursacht zu sein. Sehnervenerkrankungen kommen nicht nur bei Eiterungen im Keilbein vor, man sah sie auch nach Operation von Polypen und Blutungen nach solchen Operationen. Zellgewebsentzündung der Orbita geht oft von Eiterungen der Kieferhöhle aus; ferner können die Aussenmuskeln des Auges, Tenonitis und Erkrankungen der Lider von Nasen-Rachenaffectionen herrühren. Die interessanten Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

33) **Bechmann** (Berlin). **Ueber Nase und Nasenrachenraum in ihren Beziehungen zu einigen Krankheiten, namentlich Asthma und Scrofulose.** *Münchn. medicin. Wochenschr. No. 13. 1893.*

B. lässt den asthmatischen Anfall dadurch entstehen, dass bei der Mundathmung die Schleimhaut der Bronchien auch der kleinsten ausgetrocknet wird, das Secret derselben ein Athmungshinderniss bildet, es kommt zur Retention der Luft, zur Lungenblähung und inspiratorischen Dyspnoe. Ausserdem werden durch die Mundathmung mehr Staub und Bacillen in die Luftwege gebracht, und die Thätigkeit des Flimmerepithels gestört. Ungestörte Nasenathmung ist nicht nur die beste Prophylaxe, sondern auch von grösstem therapeutischen Werth.

SCHECH.

34) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Ueber die Krankheiten der Nasen- und Nasennebenhöhlen. (Sur les maladies des sinus ou cavités accessoires du nez.)**

Eine allgemeine Uebersicht, nichts Neues. LUC.

35) **J. F. Oakes. Die Differentialdiagnostik und die Behandlung der Eiterung der Nasennebenhöhlen. (The differential diagnosis and treatment of suppuration of the accessory cavities of the nose.)** *Med. News. 2. Sept. 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **A. Jansen** (Berlin). **Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Die Gründe der langsamen Heilung der Empyeme liegen in der Starrwandigkeit der Höhlen, in dem Nebeneinanderbestehen von Empyemen mehrerer Knochen sowie in der Möglichkeit ihrer wechselseitigen Infection, in der ungünstigen Lage der Ausführungsgänge und schliesslich in der Ausdehnung der pathologischen Veränderungen, zu denen es bereits bei der Erkennung des Leidens gekommen ist. J. eröffnet die Oberkieferhöhle breit von der vorderen Wand aus, entfernt alles Kranke gründlich und hält die Oeffnung während der ganzen Behandlung — die ersten 8—14 Tage durch Jodoformgazetamponade, später durch einen Kautschukobturator — weit offen. Ueber eine grössere Zahl von Heilungen kann er noch nicht berichten.

Beim Stirnhöhlenempyem wird der Ausführungsgang gewöhnlich durch Granulation mehr weniger verlegt; in der Höhle entsteht Eiterretention, deshalb erfolgt der Durchbruch häufig durch die untere Wand in die Orbita oder in das zellige Gefüge des Siebbeins, ja selbst in das Schädelinnere. Darum ist die Eröffnung der Stirnhöhle indicirt beim Bestehen andauernder Kopfschmerzen oder beim Vorhandensein eines sehr reichlichen Eiterabflusses, besonders wenn er andauernd fötide ist. Die Behandlung hat auf wirklichen Erfolg nur zu rechnen bei der Eröffnung der Höhle von aussen, und zwar nimmt J. die ganze untere Wand des Sinus frontalis fort, vom lateralen Orbitalrande bis zur Nasenwurzel und zum Ausführungsgange. Sehr oft bemerkt man dabei eine gleichzeitige Erkrankung des Siebbeins, so dass man dann beide Höhlen ausschaben kann, eventuell legt man auch die Keilbeinhöhle frei; vier Fälle von Stirnhöhlenempyem sind auf diese Weise geheilt worden.

In diagnostischer Beziehung sei erwähnt, dass man oft eine freilich unbedeutende Abflächung der Wölbung im inneren oberen Augenwinkel und eine manchmal recht erhebliche Empfindlichkeit auf Druck an dieser Stelle nachweisen kann.

Schliesslich giebt J. 7 Krankengeschichten ausführlich, und zwar handelte es sich in dem ersten Falle um chronisches Stirn- und Siebbeinhöhlenempyem, im 2. und 4. um chronisches Empyem der linken Siebbein-, Stirn- und Kieferhöhle, im 3. und 5. um eine ebensolche Complication der rechten Seite, im 6. und 7. Falle um ein Empyem sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase.

A. ROSENBERG.

37) **Scheinmann. Empyem der Nebenhöhlen der Nase.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 36.*

Demonstration von Kranken und Präparaten im Verein für innere Medicin. Sch. hebt hervor, dass oft lange Zeit Kopfschmerzen das einzige Symptom der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase bilden. LANDGRAF.

38) **E. Winkler** (Bremen). **Ueber eine Siebbeincaries nach Lues.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 51.*

Ausführliche Krankengeschichte eines Falles von hereditärer Lues, welche zu grossen Zerstörungen in dem Nasengerüst und den angrenzenden Knochen geführt hatte. LANDGRAF.

39) **Goris. Fall von Empyem der vorderen Siebbeinzelle. (Un cas d'empyème de la bulle éthmoidale [cellule éthmoidale antérieure].)** *La Presse Med. Belge. No. 30. 1893.*

G. macht sich vermittelst des Galvanocauters einen Zugang zur vorderen Siebbeinzelle und führt so die Heilung herbei. BAYER.

40) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Ein Fall von diagnosticirtem Tumor im Sinus sphenoidalis.** Mittheilung in der chirurgischen Abtheilung der Gesellschaft für Medicin und Naturwissenschaft in Amsterdam. — *Werken van het Genootschap. Ser. II. Th. I. Lief. 5. Bogen 2 u. 6. Amsterdam, Januar 1893.*

Der Patient, ein 29jähriger Mann, der an linksseitiger Mittelohrentzündung leidet, zeigt bei seiner Aufnahme in die chirurgische Klinik eine Schwellung am weichen Gaumen, welche auch äusserlich am linken Kieferwinkel wahrnehmbar ist. Die Probepunction in der Gaumenschwellung ergiebt eine transparente, schleimig-seröse Flüssigkeit. Die Diagnose lautet: Cyste der Keilbeinhöhle. Prof. Korteweg eröffnete die Cyste am Kieferwinkel. Von da an gelangte man in der Richtung des Sinus in eine Höhle, aus welcher mittelst des scharfen Löffels ein Fragment einer Neubildung entfernt wurde, welche sich mikroskopisch als ein Endotheliom erwies. Zunehmende Schlingstörungen; Ernährung mittelst der Magensonde; Tod nach 6 Wochen an Erschöpfung. Die Section zeigte die Keilbeinhöhle intact. Die Neubildung war vom linken Felsenbein ausgegangen. H. BURGER.

41) **Hopmann** (Cöln). **Defect der unteren Wand der Keilbeinhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

Der Defect war das Resultat der Ausrottung eines sehr derben breitbasig an der unteren Schädelfläche entspringenden Nasenrachenfibroms. LANDGRAF.

42) **E. Winkler** (Bremen). **Zur Anatomie der unteren Wand des Sinus frontalis.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Um die Frage zu entscheiden, ob es statthaft ist, medianwärts von der mittleren Muschel eine Trepanation der unteren Stirnhöhlenwand zu versuchen, hat W. diese an 33 Leichen zum Gegenstand einer genaueren Untersuchung gemacht und genaue Maasse für die Breite, Höhe und Tiefe des Sinus sowie die Dicke seines Bodens aufgenommen.

Die Trepanation von der unteren Wand gelang unter 66 Malen 35 mal; ihre Ausdehnung in sagittaler Richtung beträgt durchschnittlich 1—1,5 cm, in lateraler schwankt sie zwischen 0,5—2 cm. Bezüglich der Lage des Ostium frontale und der Dicke des Bodens sind die Resultate schwankend.

Das Trepanationsinstrument lag in den angestellten Versuchen fast immer vor oder dicht neben dem Ostium. Eine Vergleichung mit den Resultaten gleichzeitig angestellter Sondirungsversuche, ergab für die Trepanation weit günstigere Verhältnisse ($^1/_2 : ^1/_6$). A. ROSENBERG.

43) **Lichtwitz. Das latente Empyem der Stirnhöhle, diagnosticirt und behandelt durch die natürlichen Wege. (De l'empyème latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par la voie naturelle.)** *Bullet. et mémoir. d. l. Soc. de Laryngol., d'Otol. et de Rhinol. de Paris. März 1893.*

Die Symptome dieser Erkrankung sind denen des latenten Highmorshöhlenempyems analog. Der Catheterismus der Stirnhöhle durch die natürliche Oeffnung ist nach dem Autor eine leichte Sache. L. giebt am Schluss die Krankengeschichte eines Falles. E. J. MOURE.

44) **L. Lichtwitz (Bordeaux). Ueber das auf natürlichem Wege diagnosticirte und behandelte „latente" Empyem des Sinus frontalis.** *Therapeut. Monatshefte. 1893. August, September.*

Unter latentem Empyem versteht L. diejenige Form, die durch die Abwesenheit jedes äusseren Kennzeichens (Schwellung, Röthung, Fistelöffnung u. s. w.) und jedes pathologischen Symptoms charakterisirt ist. — Die Punction der Stirnhöhle hat er am Cadaver 12 mal versucht, und zwar 3 mal mit Erfolg; am Lebenden gelang sie in vorsichtiger Weise bei 11 Fällen ausgeführt, 3 mal. — Bei dem Catheterismus gelangte er regelmässig zum Ziel, indem er die Hindernisse des Proc. uncinatus, der mittleren Muschel und der Bulla ethmoidalis dadurch umging, dass er, statt von unten und vorne her, von unten und hinten her in die frontonasale Rinne eindrang. Er benutzt dazu eine 1 cm von ihrem vorderen Ende abgebogene Canüle von $1^1/_2$—$2^1/_2$ mm Durchmesser. Beim Empyem des Sinus front. gelingt der Catheterismus um so leichter, als dabei gewöhnlich der Stirnhöhlengang weiter ist als bei Gesunden.

Nach der 1—3 mal wöchentlich vorzunehmenden Waschung mit Carbolwasser spritzt L. Jodoform-Glycerin oder -Vaselin oder Ichthyolglycerin ein und ist mit seinen Resultaten zufrieden.

Zum Schluss beschreibt er genauer einen interessanten, auf diesem Wege geheilten Fall latenten Empyems, das auf intranasalem Wege diagnosticirt worden war und bei dem seit 24 Jahren Stirnkopfschmerzen bestanden.

A. ROSENBERG.

45) **Courtade. Historische Studie über das Empyem der Highmorshöhle. (Etude historique sur l'empyème du sinus maxillaire.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Juni 1893.*

Der Verf. giebt einen geschichtlichen Ueberblick über diese Frage, um den Nachweis zu erbringen, dass schon vor 150 Jahren die Affectionen der Highmors-

höhle vollständig diagnosticirt, operirt und geheilt wurden. Dass die Kenntniss dieser Leiden später lange Zeit in Vergessenheit gerieth, liegt nur daran, dass die Chirurgen allein sich mit den Nasenkrankheiten befassten, und dass diese dem Ausfluss aus der Nase keine rechte Bedeutung beilegten. E. J. MOURE.

46) J. Wolfenstein. **Ein Fall von acutem Empyem der Highmorshöhle nasalen Ursprungs. (Case of acute empyema of the antrum of Highmore of nasal origin.)** *N. Y. Med. Journal. 5. August 1893.*

Die Ursache des Empyems lag in der Fortpflanzung der Entzündung von einer acuten Coryza aus. Häufige Ausspülungen der Nase mit einer alkalischen antiseptischen Lösung führten innerhalb 2 Wochen zu einer Heilung des Empyems. W. hält dafür, dass man in derartigen Fällen immer zuerst einfache Mittel versuchen solle und erst, wenn diese in 2—3 Wochen keine Besserung herbeiführen, seien die radicaleren chirurgischen Eingriffe indicirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) Flatau. **Ein anomaler Fall von Empyem der Kieferhöhle. (Sur un cas anormal d'empyème du sinus maxillaire.)** *Revue internation. de laryngologie et de rhinologie. 10. August 1893.*

In dem von F. mitgetheilten Falle bestand eine weite Perforation im Meatus inferior, die in das Antrum führte; im Inneren dieses fand sich ein richtiger eingekapselter Abscess und käsige Massen. E. J. MOURE.

48) Laker (Graz). **Demonstration eines Patienten mit Empyema antri Highmori.** Verein der Aerzte Steiermarks. 20. März 1893. — *Wiener med. Wochenschrift. 1893. No. 35.*

Die Höhle wurde vom Alveolus aus angebohrt und drainirt. Die Durchspülung macht der Patient selbst durch Druck der Wangen auf die im Munde befindliche Spülflüssigkeit. Diesen Vorgang hat auch Referent schon öfters beobachtet, kann ihn aber nicht empfehlen, weil damit alle Mundkeime in das Antrum gelangen. CHIARI.

49) Eulenstein (Frankfurt a. M.). **Merkwürdiger Fall von einem Fremdkörper in der Kieferhöhle, nebst Bemerkungen zur Therapie der sogen. Kieferhöhlenempyeme.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1893.*

Beim Anbohren der Kieferhöhle von der Alveole aus brach die Spitze des Trocars ab und gelangte so in die bereits 12 Jahre lang erkrankt gewesene Kieferhöhle eines Mannes. Dieselbe entleerte sich mehrere Monate später von selbst durch die Nase, worauf die Eiterung alsbald aufhörte.

Eulenstein meint, man solle von vornherein nicht dieser oder jener Methode den Vorzug geben, sondern von Fall zu Fall je nach der Ursache der Eiterung handeln; freilich sei das oft sehr schwer. Wo nicht ein deutlich cariöser Zahn vorliegt, empfiehlt E. deshalb die Radicaloperation, die Eröffnung von der Fossa canina aus, namentlich wenn Granulationen, Caries der Knochen vorhanden sind. Trotz Heilung des oben erwähnten Falles blieb bei der Durchleuchtung die erkrankt gewesene Seite dunkel, ebenso in einem anderen Falle. SCHECH.

50) Zarniko. **Gallertgeschwülste, beiderseitiges Empyem der Kieferhöhle, der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 49.*

Vorstellung eines 25jährigen mit obigen Affectionen behafteten Patienten. Die knöcherne Nase war verbreitert und aufgetrieben. Diese Verbreiterung ist sonst selten und erklärt sich in diesem Falle aus dem Umstande, dass die Patientin schon in frühester Jugend an eitrigem Nasenflusse, wahrscheinlich Empyem der Nebenhöhlen gelitten hat, welches dann zu Polypenbildung und zur Auftreibung der Nase führte. LANDGRAF.

51) Em. Fink (Hamburg). **Ueber maligne Transformation gutartiger Geschwülste der Highmorshöhle.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Beschreibung eines vermeintlich hierher gehörigen Falles. Ref. kann sich dem Eindruck nicht verschliessen, als wäre ein unanfechtbarer Beweis für die maligne Umwandlung nicht erbracht. A. ROSENBERG.

c. Mundrachenhöhle.

52) Pouzat. **Die Osteomyelitis des Os temporale. (De l'osteomyelite du temporal.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. No. 9. Sept. 1893.*

Verf. stellt die verschiedenen Mikroben zusammen, die man als Erreger der Osteomyelitis constatirt hat, und studirt dann die acuten generellen Osteomyelitiden, sowie die acuten und subacuten localisirten Knochenmarkentzündungen; er bespricht die verschiedenen Symptome dieser Processe. — Bei der Erkrankung des Schläfenbeins, wie bei der aller anderen Knochen, bildet die Trepanation die Basis jeder chirurgischen Therapie. E. J. MOURE.

53) Bollinger (München). **Actinomycose der Unterkiefergegend.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 34. 1893.*

Ein 18jähriger Apotheker zeigte in der Unterkinngegend eine Anschwellung; bei der ersten Incision fand sich nur dünnflüssiger Eiter; bei der zweiten Incision entleerte sich blutgemischter Eiter mit Actinomycesdrusen. Vermuthlich war das Sammeln von Pflanzen die Ursache der Infection. SCHECH.

54) B. Poulton (Adelaide S. Aust). **Ankylose des Unterkiefers; ein kurzer Bericht über zwei mit Excision der Condylen behandelte Fälle. (Anchylosis of lower jaw. A short record of two cases treated by excision of the condyli.)** *Transactions third session Internat. Medical Congress. Published Sydney. Juni 1893.*

Der erste Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, dass 11 Jahre vorher von einem Pferde geschlagen worden war. Die Patientin konnte nicht kauen, die Schneidezähne liessen sich nur unter grosser Anstrengung um $^1/_{10}$ Zoll auseinanderbringen. In zwei — einen Monat auseinanderliegenden — Operationen wurden der rechte und der linke Condylus mit Meissel und Hammer abgetragen.

Es fand sich eine feste knöcherne Ankylose mit dem Os zygomaticum. Die Operation führte zur Heilung mit guter Beweglichkeit des Kiefers.

Fall 2 handelt von einer 24jährigen Frau, die in früher Kindheit einen Abscess im linken Ohr gehabt hatte und seither unfähig war, den Mund zu öffnen. Auch hier wurden beide Condylen excidirt, rechts fand sich knöcherne Ankylose, links keine. Der linke Gehörgang war durch knöcherne Exostosen gänzlich verschlossen. Auch in diesem Falle erfolgte Heilung mit guter Beweglichkeit des Kiefers.

A. T. BRADY.

55) **Lewin** (Brüssel). **Subperiostale Resection des rechten Unterkiefers. Knochenneubildung mit Erhaltung der Zähne. (Résection souspériostée du maxillaire inférieur droit; Reproduction de l'os avec conservation des dents.)** *La Clinique. No. 37. 1893.*

Der Titel besagt den Inhalt.

BAYER.

56) **Ven. Gheorghiu** (Bukarest). **Resection des rechten Oberkiefers. (Resectia maxilarului superior drept.)** *Spitalul. 1893. No. 19.*

Die Operation wurde von Prof. Severeanu an einem 31jährigen Maurer wegen Osteosarkom vorgenommen. Der Modus operandi wird ausführlich beschrieben.

SENTINON.

57) **John Macintyre** (Glasgow). **Ein Fall von recidivirenden Tumoren in der Gegend der Oberkieferknochen. (Case of recurrent tumours in the region of the superior maxillary bones.)** *Journal of Laryngology. Juli 1893.*

In dem vor der Brit. Laryngological Society gehaltenen Vortrage berichtet der Verf. über einen Fall von Sarcom des Arcus zygomaticus; die Nase und der Pharynx waren gesund.

MACKENZIE-JOHNSTON.

58) **Leonard Kidd** (London). **Innervation des Gaumens. (Innervation of the palate.)** *Lancet. 21. Januar 1893.*

59) **George Carpenter** (London). **Dasselbe.** *Lancet. 28. Januar 1893.*

Zwei Briefe an den Herausgeber, betreffend einen von Carpenter mitgetheilten Fall (vgl. Ref. 60) von Lähmung des Gaumens bei Erkrankung des Facialis. Kidd hält die Diagnose für incorrect und schiebt die Regurgitation der Flüssigkeit auf irgend eine mechanische Ursache, da der den Gaumen versorgende Nerv (nach Beevor und Horsley) der Accessorius mit dem Vagus ist. Carpenter hält seine Angabe aufrecht; er theilt vollständig die Ansichten Jackson's und Gowers' bezüglich der Innervation des Gaumens.

MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **George Carpenter** (London). **Fälle von Facialisparalyse rheumatischen Ursprungs bei Kindern; Betheiligung des weichen Gaumens. (Cases of facial paralysis of rheumatic origin in children; implication of the soft palate.)** *Lancet. 7. Januar 1893.*

Ein klinischer Bericht über mehrere Fälle von Facialislähmung; in einem derselben war auch der weiche Gaumen gelähmt. Der Verf. knüpft einige Bemer-

kungen über die Möglichkeit der Gaumenlähmung durch Erkrankung des Facialis an.

MACKENZIE-JOHNSTON.

61) Castex. **Angeborene Verkürzung des Gaumensegels. (Brieveté congenitale de la voute palatine.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Mai 1893.*

Die Beobachtung betrifft ein 12jähriges Kind mit insufficientem Gaumensegel.

E. J. MOURE.

62) A. C. Gronbech (Kopenhagen). **Ueber Gaumen-Deformität bei den adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume. (Om Ganedeformitet ved de adenoide Vegetationer i Näsesvälgrummet.)** *Hospitals-Tidende. 8. März 1893.*

Verf. hat unter 77 Fällen von adenoiden Vegetationen 55 nicht rachitische Individuen, die einen stark gewölbten, schmalen, harten Gaumen besassen, beobachtet. Von einigen Seiten hat man diese Form des Gaumens als Ausdruck einer Rachitis angesehen, aber der Verf. macht darauf aufmerksam, dass ein hoher, schmaler Gaumen nicht als Erscheinung der rachitischen Gaumendeformität aufzufassen ist (Fleischmann) und dass die Autoren, welche bei Rachitischen diese Gaumenform gefunden haben, überhaupt nicht den Nasenrachenraum untersuchten, weshalb die Möglichkeit gleichzeitigen Vorhandenseins adenoider Vegetationen in jenen Fällen nicht auszuschliessen ist.

Wie ist die Wirkung der fehlenden nasalen Respiration auf die Form des Gaumens zu verstehen? Verf. ist der Meinung, dass die Hauptursache in der mangelhaften Entwickelung des Septum nasi zu suchen ist. Der von oben ausgeübte Druck des Septums wird dadurch geringer, und die Gaumenwölbung rückt empor.

SCHMIEGELOW.

63) J. H. Claiborne. **Angeborener Spalt in dem hinteren Gaumenbogen der einen Seite. (Congenital hiatus in the posterior pillar of the fauces on one side.)** *Annals of Ophth. and Otology. April 1893.*

Bericht über einen Fall. Im Archiv für Otologie Vol. XXI, No. 1, 4. 1892 hat Max Toeplitz die über diesen Gegenstand existirende Literatur zusammengestellt: im ganzen 7 Fälle. In einer Anmerkung sagt Toeplitz: „Ein weiterer Fall wurde mir von Lefferts mitgetheilt, zugleich mit einem dritten noch nicht publicirten, in dem zwei runde Oeffnungen bestanden."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) Hopmann (Köln). **Congenitale Fissur des ganzen weichen und des hinteren Drittels des harten Gaumens.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

16jähr. Mädchen, welches ausser mit dem genannten Defect auch mit Ozaena behaftet war, wie dies fast stets bei angeborenen Gaumenspalten der Fall ist. Nach Besserung der Ozaena durch Wattetampons, welche letztere auch noch bei bestehendem Spalt zu einer ziemlich deutlichen Sprache geführt hatten, wurde die Uranoplastik ohne Durchschneidung der Gaumenmuskeln gemacht. Das gut bewegliche Gaumensegel ist, da der Nasenrachenraum sehr tief ist, nicht im Stande, den oberen Rachenraum abzuschliessen. Trotzdem sehr bedeutende Besserung der Sprache.

LANDGRAF.

65) C. J. Bond (Leicester). **Der schliessliche Zustand des Gaumens in Fällen von operirter Gaumenspalte; ausserdem ein paar Bemerkungen über das Verhalten des Gaumens während des Schnarchens. (On the ultimate condition of cleft palate cases after operation; together with a note on the condition of the palate during the act of snoring.)** *Lancet. 9. Sept. 1893.*

B. bespricht in seiner Arbeit ausführlich einige Punkte betreffend die Operation der Gaumenspalten und ganz besonders den schliesslichen Zustand des operirten Gaumens.

Verf. hat in einigen Fällen den weichen Gaumen schnarchender Patienten beobachtet und er kommt zu dem Schlusse, dass der Gaumen als Ganzes nicht vibrirt. Der vibrirende Theil ist die dünne Membran am freien Rande, die der Beobachter nur ungenau sehen kann, während der ganze Rest des Gaumens still in seiner Lage bleibt. MACKENZIE-JOHNSTON.

66) T. A. de Blois. **Die Cauterisation bei der Staphylotomie. (The cautery in staphylotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 21. October 1893.*

Der wesentlichste Punkt der Arbeit dürfte in folgender Krankengeschichte enthalten sein: „Nachdem wiederholt Cocain applicirt war, bis die Theile augenscheinlich anästhesirt waren, wurde ein Zungendepressor eingelegt, den der Pat. selbst hielt und dann eine Platinschlinge um die Uvula herum geführt und zwar etwas mehr nach oben, da das Zäpfchen durch das Cocain ersichtlich etwas retrahirt war.

Sobald der Glühdraht an der hinteren Fläche des Zäpfchens empfunden wurde, zogen die Gaumenmuskeln fest an und indem der Operateur es mit einer Zange nach der anderen Seite drängte, konnte er seinen Schnitt in bequemer Weise schräg führen. Die Wunde heilte so gut, dass das Zäpfchen in angemessener Weise spitz auslief und ein Kunstwerk geradezu war gegenüber dem plumpen Stumpf, den man nach dem Schneiden mit der Scheere erhält."

LEFFERTS.

67) Küster (Marburg). **Ueber die operative Behandlung der Gaumenspalten.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XLVI. 1. 1893.*

Bericht über 22 Fälle mit angeborenen Gaumenspalten. Die Kranken standen im Alter von 1—40 Jahren. Die Grundlage des Operationsverfahrens bildet die Langenbeck'sche Plastik, die Details des Verfahrens sind für den Chirurgen von Interesse. Vollkommen geheilt wurden 15 Patienten, mehr oder weniger unvollkommen geheilt blieben 7 Patienten, in 6 Fällen waren 2—5 malige Operationen nöthig. Für die Function liefern die methodischen Sprechübungen nach Gutzmann zum grossen Theil ganz überraschend günstige Resultate. 9 der Operirten haben die Wohlthat der Sprechübungen genossen; von diesen erhielten 2 eine durchaus ideale, 5 eine nahezu normale Sprache, bei einem energielosen jungen Mann blieb der Erfolg mässig, und einer blieb ungeheilt, da er sich nach 8 Stunden der Behandlung entzog. Als Normalzeit für die Operation sieht Küster die Zeit zwischen dem 5. und 7. Lebensjahre an. SEIFERT.

68) **J. Jastrebow** (Kronstadt). **Schussverletzung des weichen Gaumens und der hinteren Rachenwand mit günstigem Ausgang. (Slutschai ognestrelnawo ranenia mjagkawo neba i sadnei stenki glotki s blagopriatnim istedom.)** *Med. obosr. 1893. No. 1.*

Die Revolverkugel drang durch den weichen Gaumen und blieb am ersten Halswirbel stecken. Entfernung der Kugel; Heilung. LUNIN.

69) **C. E. Shelley** (Haileybury). **Bläschen-Eruption am Gaumen: ein Symptom von Influenza(?). (Vesicular eruption on the palate: A sign of influenza[?]).** *Brit. Med. Journal. 15. April 1893.*

S. hat beobachtet, dass in allen Fällen von Influenza der weiche Gaumen mit feinen lenticulären Erhebungen besetzt war, die kleinen Sagokörnern glichen. Diese Bläschen sind am zahlreichsten am weichen Gaumen gerade über der Uvula. Verf. hatte im Verlaufe einer Influenzaepidemie, die in einer stark besuchten Schule zum Ausbruch kam, gute Gelegenheit, die Beziehung dieser Bläschen zu der Erkrankung zu studiren. MACKENZIE-JOHNSTON.

70) **Klamann** (Luckenwalde). **Ueber Herpes zoster mit ungewöhnlichem Sitz.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen. 9. 10. 1893.*

1. Fall von Zoster am Gaumenbogen und auf dem oberen Rande des rechten Ohres bei einem 40jähr. Mann. 2. Zoster am Hals mit 4—5 umschriebenen grauen Stellen auf der rechten Tonsille bei einem leicht fiebernden, sonst gesunden 14jähr. Knaben. SEIFERT.

71) **Talamon** (Paris). **Acute perforirende Tuberculose des Velum palati. (Tuberculose aiguë perforante du voile du palais.)** *Méd. mod. 2. Juli 1893.*

Unter diesem Titel publicirt T. die Krankengeschichte einer jungen von ihm beobachteten Frau, bei welcher ein ulceröser Process, dem die Erscheinung von gelben Punkten voranging, die Perforation des Velum palati binnen einigen Tagen herbeiführte; derselbe wurde in der Folge durch locale Bepinselungen mit Milchsäure und subcutane Injectionen von cantharidinsauren Salzen zur Heilung gebracht.

Allein auf das Vorhandensein der erwähnten gelben Punkte basirt T. seine Diagnose, da der Koch'sche Bacillus in dem Ulcus und ebenso stethoskopische Zeichen in den Lungenspitzen vergeblich gesucht wurden. Die Annahme einer Lues weist T. aus dem Grunde zurück, weil Pat. keine Spuren der genannten Krankheit an sich trug und weil weder das Aussehen noch der Verlauf der Krankheit die einer syphilitischen Läsion waren. Die Möglichkeit einer hereditären Lues erwähnt T. nicht einmal!

Ref. hat den Eindruck, als ob der Verf. den diagnostischen Werth der beobachteten gelben Punkte etwas übertrieben beurtheile; man kann nicht einfach auf dieses Zeichen hin ein Tuberculose annehmen in einem Falle, in dem diese Krankheit auf eine ihren sonstigen Gewohnheiten geradezu entgegengesetzte Weise sich verhalten würde. LUC.

72) P. Mc Bride (Edinburgh). **Primärer Lupus des Gaumens und der vorderen Nase. (Primary lupus of the palate and anterior nares.)** *Edinburgh Medical Journal. Juli 1893.*

Vorstellung des Falles. Der Lupus betraf Gaumen und Zäpfchen und ausserdem die vordere Partie des Nasenseptums; die hintere Nase und der Kehlkopf waren frei. P. MC BRIDE.

73) J. H. Claiborne. **Ein Fall von Adhäsion der einen Hälfte des weichen Gaumens an der Rachenwand bei gleichzeitigem Fehlen der Uvula. (A case of adhesion of one half of the soft palate to the pharyngeal wall together with absence of the uvula.)** *Annals of Ophth. and Otology. April 1893.*

Der Patient war ein 12jähriger Knabe. Der weiche Gaumen war auf der rechten Seite von der Mitte des Velum an bis zum Anfang des mittleren Drittels der Tonsille mit der Rachenwand durch ein Narbengewebe verwachsen; die andere Seite war frei; die Uvula fehlte ganz. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) Couetoux. **Totale Verwachsung des Gaumensegels. (Adhérence totale du voile du palais.)** *Annales des malad. du larynx. October 1893.*

Der Verf. berichtet über den Fall eines 32jährigen Mannes, bei dem durch totale Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand die Athmung in sehr unangenehmer Weise gestört war; er beschreibt die Methode, deren er sich bediente, um eine Oeffnung herzustellen und zu erhalten (Einlegung einer Art Prothese aus einem einzigen Stück Hartgummi). E. J. MOURE.

75) Morton-Harsant. **Adenom des weichen Gaumens. (Adenoma of the soft palate.)** *N. Y. Med. Record. 11. Februar 1893.*

Auszug eines in der Lancet publicirten Artikels. LEFFERTS.

76) J. J. Fitzpatrick (Cincinnati). **Bericht über einen Fall von Alveolarsarcom des weichen Gaumens. (Report of a case of alveolar sarcoma of the soft palate.)** *Brit. Journal of Laryngology. Juni 1893.*

Ein klinischer Bericht über einen Fall von Sarcom des weichen Gaumens bei einer 50jährigen Frau. Die Geschwulst, die sich langsam entwickelte, war seit 15 Jahren in Beobachtung. Die Pat. wollte sich zu einer Herausnahme derselben nicht verstehen, bis der Tumor durch seine Grösse das Schlucken, sowie die Athmung störte. Die Lymphdrüsen der Nachbarschaft schienen nicht betheiligt zu sein und es wurde deshalb der Tumor nur aus seiner fibrösen Kapsel herausgeschält. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Alveolarsarcom handelte. MACKENZIE-JOHNSTON.

77) W. K. Simpson. **Ein Fall von Sarcom des weichen Gaumens; als Illustration für die Umwandlung eines benignen Tumors (Papillom) in einen malignen. Abtragung des weichen Gaumens; Tod. (A case of sarcoma of the soft palate, illustrating the degeneration of a benign [papilloma] into a malignant growth. Removal of the soft palate. Death.)** *N. Y. Med. Journ. 28. Octob. 1893.*

Der Fall wurde von S. auf dem XV. Congress der American. Laryngological

Association mitgetheilt und wird in dem betr. Verhandlungsbericht von uns referirt werden. LEFFERTS.

78) J. B. Farlow. **Legt man den Tonsillen eine zu grosse Bedeutung bei? (Is too much importance attached to the tonsil?)** *Med. Record. 19. August 1893.*

Die Behandlung von Nase und Nasenrachenraum wirkt günstiger auf Rachen und Tonsillen zurück, als die Behandlung dieser auf Nase und Nasopharynx. F. glaubt, dass die Zeiten, wo man grosse Tonsillen unbesehen herausschneidet, ohne einen Blick auf die höher gelegenen Gewebe zu werfen, bald vorüber sein werden. Er stellt folgende Schlussfolgerungen auf: 1. Wenn die Mandeln leichter zu sehen sind, als die Nase und der Nasenrachenraum, so ist dies doch noch kein Zeichen, dass jene wichtiger sind, als diese. 2. Man bilde sich keine Meinung von der Grösse der Mandeln, als bis man sie in Ruhe gesehen. 3. Stets untersuche man die Backenzähne und die Zungenbasis. 4. Bei acuter folliculärer Erkrankung der Mandeln achte man auch auf die anderen folliculären Gewebe des Halses und behandle sie. 5. Nasenverstopfung, Husten und schwache Stimme sind weit eher durch nasale oder postnasale Hypertrophie bedingt, als durch tonsilläre. 6. Die Thatsache, dass die Tonsillen vergrössert oder erkrankt sind, fordert zum Suchen nach einer Ursache dieser Erkrankung in den höhergelegenen Theilen auf. 7. Man mache die Nase und den Nasenrachenraum frei neben — oder statt — der Tonsillotomie, wenn man die Stimme und die Athmung bessern will. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) G. M. Lefferts. **Acute folliculäre Tonsillitis. (Acute follicular tonsillitis.)** *Med. and Surg. Reporter. 8. Juli 1893.*

Eine klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) C. Mac Lachlan. **Ist die Tonsillitis jemals contagiös? (Tonsillitis. Is it ever contagious?)** *Northwestern Lancet. 15. Juni 1893.*

Verf. erzählt eine Anzahl Fälle, in denen ein contagiöses Element deutlich sichtbar ist, darunter keiner letal endigend und in keinem Folgeerscheinungen, die auf einen scarlatinösen oder diphtheritischen Ursprung hingewiesen hätten. Das Incubationsstadium betrug etwa 7 Tage und die Krankheitsdauer in uncomplicirten Fällen 5—7 Tage. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) Redactionelle Notiz. **Ein Prophylacticum gegen Mandelentzündung. (Prophylactic in tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1893.*

Personen, die für die Entwicklung von Mandelentzündung prädisponirt sind, verordne man:

Rp. Ol. menth. piper. 0,5,
Acid. carbol. crystall. 4,0,
Spirit. vini rectific. 8,0.

M. Sign.: 10 Tropfen in eine Tasse warmes Wasser; damit Abends und Morgens gurgeln. LEFFERTS.

82) **Redactionelle Notiz. Gegen chronische Mandelentzündung. (Chronic tonsillitis.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1893.*

Rp. Acid. tannici 15,0,
Tct. Jodi gtt. 2,0 Tropfen
Aquae 180,0.
Glycerin 15,0.

M. D. S. 3stdl. 1 Esslöffel. LEFFERTS.

83) **v. Ziemssen. Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillenerkrankungen.** Aus dem Congress für innere Medicin. — *Münchn. med. Wochenschrift. No. 17. 1893.*

Empfehlung parenchymatöser Injectionen von 0,5 Cctm. einer 1 proc. Carbollösung bei Anginen, die meistens parasitärer Natur sind. Die Injectionen sind schmerzlos, die Besserung tritt sofort ein, ebenso fällt die Temperatur. Nach 1—2 Injectionen ist die Krankheit beendet. SCHECH.

84) **Redactionelle Notiz. Parenchymatöse Injectionen bei acut entzündlichen Affectionen der Mandeln. (Parenchymatous injections in acute inflammatory affections of the tonsils.)** *Therapeutic Gazette. 15. September 1893.*

Ein Bericht über diese Methode, die sich zunehmender Gunst in ärztlichen Kreisen zu erfreuen hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **W. S. Shinler. Hypertrophie der Gaumentonsillen. (Hypertrophy of the faucial tonsil.)** *Philad. Policlinic. 15. August 1893.*

Die Exstirpation der Tonsille ist gefährlich und schwierig und es ist eine Thatsache (? Red.), dass Leute, deren Tonsillen exstirpirt sind, nachher oft an chronischer Dyspepsie leiden. Am besten ist die Entfernung mit der Guillotine, und zwar soll man nur einen Theil der Tonsille entfernen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **W. Scheppegrell. Complicationen der Tonsillotomie. (Complications of tonsillotomy.)** *Phil. Med. News. 1. Juli 1893.*

Nichts von Bedeutung; mehr eine persönliche Angelegenheit des Verf.'s, in der er um Rath fragt. LEFFERTS.

87) **R. H. M. Dawbarn. Tonsilläre Blutung. (Tonsillar hemorrhage.)** *N. Y. Med. Record. 29. Juli 1893.*

Der Autor lenkt die Aufmerksamkeit wieder auf seine früheren, im Centralblatt bereits referirten Artikel (Med. Record 17. Decemb. 1892), in dem er eine Methode der Abbindung des tonsillaren Stumpfes mittelst einer tiefen Naht in Anregung bringt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Leopold Fischer jr.** (Heidelberg). **Ein Fall von Tonsillen- und Uvulablutung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1893. No. 42.*

Die Blutung war bedingt durch Einkeilen einer Borste zwischen Uvula und rechter Mandel. LANDGRAF.

89) **Lennox Browne** (London). **Ein neues Messer für die Mandel. (A new tonsil knife.)** *Brit. Med. Journal. 18. November 1893.*

Das Instrument vereinigt auf einem Handgriff Messer, Sonde und scharfen Löffel. MACKENZIE-JOHNSTON.

90) **Lecoq** (Wasmes). **Mandelsteine. (Calculs de l'amygdale.)** *Annal. méd. chir. de Paturages. Dic. 1892. La Presse Méd. Belge. 1. 1893.*

Drei persönliche Beobachtungen: Der erste mandelgrosse Stein war in einer Nische unterhalb der Tonsille in der musculofibrösen Pharynxwand eingebettet, ohne Abscess oder Ulceration hervorzurufen; der zweite ebenfalls in einer Nische unterhalb der Tonsille sich befindende Stein hatte einen Abscess verursacht und der dritte in der Mandel selbst eingelagerte hatte Abscess und Ulceration der Nische veranlasst. BAYER.

91) **E. Schlenker** (Basel). **Beiträge zur Lehre von der menschlichen Tuberculose.** *Virch. Arch. CXXXIV. 1 u. 2. 1893.*

Die Leser dieses Blattes interessirt eigentlich nur der dritte Theil dieser Arbeit, der sich mit Untersuchungen über die Entstehung der Tuberkulose der Halsdrüsen, besonders über ihre Beziehungen zur Tuberkulose der Tonsillen beschäftigt. Die wichtigsten Resultate dieser sehr eingehenden Untersuchungen sind folgende: Das von den phthisischen Lungen gelieferte Sputum inficirt später die Tonsillen und von diesen aus die Halslymphdrüsen; seltener geschieht die Infection durch bacillenhaltige Nahrung, und zwar bei beiden Entstehungsarten von der freien Oberfläche der Mandeln her. Eine grosse Reihe wichtiger und interessanter Daten muss im Original nachgesehen werden, in dem die Resultate von 100 Sectionen niedergelegt sind. A. ROSENBERG.

92) **Lermoyez. Ein Fall von Sarcom der Mandel. (Un cas de sarcome de l'amygdale.)** *Annales des malad. de l'oreille. April 1893.*

Verf. hat einen Fall von Sarcom bei einem 35jährigen Mann beobachtet; er bespricht im Anschluss an diesen die diagnostische Schwierigkeit bei gewissen Fällen dieser Mandelgeschwülste. E. J. MOURE.

93) **J. Dunn. Ein Fall von Sarcom der Tonsille. (A case of sarcoma of the tonsil.)** *N. Y. Med. Journal. 19. August 1893.*

Der Fall ist darum bemerkenswerth, weil er in einigen Punkten den allgemein angenommenen Anschauungen so wenig entspricht, nämlich in der Neigung der Geschwulst zum Ulceriren, in dem Fehlen von Blutungen, in dem Vorhandensein von Salivation und ausgesprochenem Schmerz. Der Verf. hält sich an die Schilderung des Sarcoms der Tonsille in Bosworth's Werk über die Rachen- und Nasenkrankheiten und zeigt an der Hand dieser, dass es noch mancherlei an diesen Rachengeschwülsten giebt, auf das bisher nicht aufmerksam gemacht ist. D. hält es für wahrscheinlich, dass die Sarcome nie in gesundem Tonsillengewebe zur Entwicklung kommen, sondern dass das Gewebe stets vorher bereits in einem Entzündungszustande sich befindet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **R. Park. Primäres Sarcom der Tonsille. Zwei Fälle von äusserer Pharyngotomie. (Primary sarcoma of the tonsil. Two cases of external pharyngotomy.)** *Med. Record. 26. August 1893.*

Der erste Fall betraf einen 58jährigen Mann; die Dauer der Erkrankung blieb unbestimmt; der Pat. hatte seit längerer Zeit an chronischer Tonsillitis gelitten, seine Klagen aber über acuten Schmerz im Halse, sowie die jetzige Veränderung in demselben datirte er selbst nur auf 3 Wochen zurück. Nach der Operation genas der Pat. vollständig und er ist jetzt — $2^1/_2$ Jahre später — gesund.

Fall 2 betrifft einen 31jährigen Mann, dessen Leiden etwa 5 Monate vor der Operation anfing. Der Pat. starb am 4. Tage an Erschöpfung, da die Operation zu lange verzögert worden war. P. hat jetzt innerhalb 6 Jahren vier Fälle von primärem Krebs der Tonsille beobachtet; danach sowie nach der vorliegenden Literatur über diese Affection hält er dieselbe für selten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

d. Diphtherie und Croup.

95) **Kauffmann** (Hannover). **Untersuchungen über Angina und Diphtherie.** Dissert. Berlin 1893.

Die Untersuchungen K.'s beziehen sich auf 40 Fälle von Angina und Diphtherie aus der ersten medicinischen Abtheilung in Berlin. Diese wurden bacteriologisch untersucht, und zwar fanden sich bei den Anginen die verschiedenen Eiterkokken und andere nicht näher studirte Mikroorganismen, bei den Diphtheriefällen wurde der Löffler'sche Bacillus nie vermisst. SEIFERT.

96) **Marfan** (Paris). **Diagnose der diphtheritischen Angina. (Diagnostic de l'angine diphthéritique.)** *Bullet. méd. 14. Mai 1893.*

M. hält es nicht für möglich, ohne bacteriologische Untersuchung des Exsudats eine ganz feste Diagnose zu stellen. Die objectiven Charaktere genügen gar nicht dafür. Er selbst hat zweimal Gelegenheit gehabt, den Klebs'schen Bacillus im Exsudat einer Angina follicularis zu finden. Doch giebt er zu, dass solche Fälle entschieden als Ausnahme zu betrachten sind; schliesslich kommt M. zu den folgenden Schlüssen:

1. Die Angina follicularis ist in der Mehrzahl der Fälle nicht diphtheritisch.
2. Die Angina pseudomembranacea primitiva ist als diphtheritisch zu betrachten, abgesehen von den ungemein seltenen Fällen, wo die Diagnose der Angina herpetica auf unzweifelhafte Zeichen hin gestellt werden kann.
3. Die frühzeitige Form der Angina pseudomembranacea der Scarlatina ist fast niemals diphtheritisch.
4. Die späte Form dieser letzteren ist beinahe immer diphtheritisch.
5. Von den pseudomembranösen Formen, die zuweilen auf dem Grunde eines primären Schankers oder auf einer Plaque muqueuse

des Rachens beobachtet worden sind, ist bis jetzt nicht erwiesen, dass sie diphtheritischer Natur sind. LUC.

97) **Feer** (Basel). **Zur Diagnose der Diphtherie und der diphtherieartigen Rachenerkrankungen.** Referat eines Vortrages. — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 18. 1893.*

Zuerst historische Entwicklung der Begriffe. Bei Säuglingen ist die Nase die Prädilectionsstelle. Bei Kindern giebt es auch eine selten vorkommende, subacut oder chronisch verlaufende gutartige Rhinitis membranacea, bei der Löffler-Klebs'sche Bacillen nachgewiesen worden sein sollen. Die echte D. beginnt zuweilen als lacunäre Form, doch ist diese letztere meist nur eine Kokkendiphtheritis, ein Diphtheroid.

In Paris, Berlin, New-York in den D.-Spitälern fand man 60 pCt. bacilläre Diphtheritis, Feer selbst bei seinen Untersuchungen 72 pCt. bacilläre und 28 pCt. Kokken-Diphtheritiden. Die Mehrzahl der Fälle von genuinem Croup sind bacillärer Natur. Kokken-Diphtheritis befällt dasselbe Individuum öfters, die bacilläre nur einmal.

Nachweis: 1. Streichpräparate, 2. (leichter) die Cultur auf Löffler'schem Serum. Scharlachdiphtheritis ist eine Spätform, oft bacillär. In Spitälern muss die Differentialdiagnose genau gemacht werden und natürlich die Separation der Kokken- und der Bacillen-Diphtherie streng durchgeführt werden.

Die interessante Arbeit erscheint nächstens in einer Zeischrift.

JONQUIÈRE.

98) **Ch. Goris. Aufsteigender diphtheritischer Croup und Kehlkopfabscess bei einer 35jährigen Frau. Tracheotomie und Tod. (Croup diphthéritique d'emblée et abscès du larynx chez une femme de 35 ans. Tracheotomie. Mort.)** *Revue internation. de laryngol., otolog. et rhinologie. 25. Juli 1893. No. 14.*

Der Verf. berichtet über einen Fall, zu dem er gerufen wurde; die Kranke hatte eine Membran ausgehustet, die histologisch als Croupmembran sich erwies. Er machte die Tracheotomie und es brach beim Einschneiden der Membrana cricothyreoidea ein Eiterstrom hervor. Die Kranke starb am nächsten Morgen.

Es bestand danach eine zweifache Infection des Trachealcanals, jedoch ohne Betheiligung des Pharynx. E. J. MOURE.

99) **Schimmelbusch. Defective Trachea nach Diphtheritis. (Defective trachea after diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 10. Juni 1893.*

In Fällen von schwerer Diphtherie kommt es nach der Tracheotomie entweder durch den diphtheritischen Process selbst oder durch den Druck der Canüle, öfters zu den Substanzverlusten an den Trachealringen, die zu Schwierigkeiten beim Sprechen später Anlass geben können.

Bei dem ersten Patienten des Verf.'s, einem 9jährigen Mädchen fehlte ein Stück aus der Trachea von 4 cm Länge. Trotz mehrfacher plastischer Operation blieb ein Defect der Luftwege in der Grösse eines silbernen Viertel-Dollars. Das Kind selbst entdeckte ein Mittel, den Defect auszugleichen: wenn es den Kopf

nach vorn überbeugt, ist es im Stande laut zu intoniren, da der Defect sich dabei schliesst.

Im zweiten Falle, der ein 13jähriges Mädchen betrifft, war der Defect viel grösser als im vorigen Falle. Es wurde hier ein Stück von dem Periostalblatt des Sternums auf den Defect ringsherum befestigt und es wurde, obgleich man mit wenig Hoffnung an dies Unternehmen herangegangen war, ein überraschend gutes Resultat erzielt. Die Pat., die seit ihrem 3. Jahre, d. h. seit 10 Jahren, stimmlos gewesen war, spricht jetzt gut, nur ein wenig rauher als normal.

LEFFERTS.

100) **G. Edgreen** (Stockholm). **Fall von Bronchitis, Tracheitis und Laryngitis croupesa (diphtherica) (Fall af bronchitis, tracheitis och laryngitis croupesa [diphtherica].)** *Hygiea. 1893.*

24jähriger Mann wurde mit Dyspnoe ohne Larynxstenose und ohne Belag im Pharynx und Larynx im Spital aufgenommen. Nach Injection von Apomorphin wurde ein röhrenförmiger Ausguss der Trachea aufgehustet; Löffler's Bacillen wurden in diesem gefunden. In den folgenden Tagen wurde der Larynx mit Membranen ausgefüllt. Tracheotomie. Exitus. Von der Epiglottis abwärts bis in die feineren Bronchien Membranen, Tonsillen und Pharynx frei.

SCHMIEGELOW.

101) **Malkewitz** (Wollin). **Ueber Krankheiten der Respirationsorgane nach Diphtherie.** Dissert. Greifswald 1893.

Von den Nachkrankheiten der Diphtherie bespricht M. an der Hand von drei Fällen die Bronchitis und die catarrhalische lobuläre Pneumonie.

SEIFERT.

102) **T. J. Happel. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 15. Juli 1893.*

Der Erfolg unserer Behandlung hängt im Grossen und Ganzen von der Natur des Falles ab, davon, ob es sich um einen sporadischen oder epidemischen, um einen einfachen milden oder einen malignen handelt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

103) **J. B. Murfree. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journal. 1. Juli 1893.*

M. giebt einen allgemeinen Ueberblick über die Geschichte der Krankheit, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Einschleppung in die Vereinigten Staaten.

Jenkins erklärt, als die Discussion therapeutische Fragen berührt, dass er die locale Application von Carbolsäure oder Eisenpersulfatlösungen bevorzugte. Die letztere coagulirt die albuminösen Exsudate, bringt die Gefässe zur Contraction und die Membran zur Abstossung. Ist der Larynx afficirt, so spricht er dem Calomel grösseren Werth zu.

LEFFERTS.

104) **J. S. B. Alleyne. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Fortnightly. 15. Juli 1893.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

105) **G. E. Crawford. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *N. Y. Med. Journ. 22. Juli 1893.*

Eine beständige persönliche Aufmerksamkeit für die geringsten Details ist das Hauptelement, das den Erfolg einer Behandlungsmethode für die Diphtherie ausmacht.

C. verwirft die Anwendung von Sublimat in Tablets oder Granulis, weil diese geeignet sind, Magen und Darm zu reizen und möglicherweise Nekrose intestinaler Drüsen herbeizuführen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **Britz** (Demmin). **Drei Fälle von Ataxie und Lähmungen nach Diphtherie.** Dissert. Greifswald 1893.

In den drei von Britz mitgetheilten Fällen war das auffälligste Symptom die Ataxie, daneben bestanden noch Lähmung des Gaumensegels, der Augenmuskeln. SEIFERT.

107) **Friedmann** (Leipzig). **Blutdruckmessungen bei Diphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 1 u. 2.*

Die Ergebnisse der Untersuchungen Fr.'s zeigen, dass die sphygmomanometrische Methode uns in den Stand setzt, die Diagnose der Herzvergiftung frühzeitig zu stellen und sicherer als bisher den Ausgang der Erkrankung und event. den Eintritt in die ungestörte Reconvalescenz zu erkennen. Die Fälle verliefen am günstigsten, welche von Anfang an einen guten Blutdruck aufzuweisen hatten. So lange der Blutdruck nicht unter 90 mm Hg bei grösseren Kindern, bei kleineren nicht unteren 75 mm Hg herunterging, war die Prognose noch nicht schlecht zu stellen. Wenn der Blutdruck auf 65 oder 60 Hg sank, dann war die Prognose meist letal. SEIFERT.

108) **M. J. Oertel** (München). **Ueber die Bedeutung der diphtherischen Membranen in Bezug auf die Therapie.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 13 und 14.*

Oertel unterscheidet primäre der Schleimhaut aufliegende, erst später in dieselbe eindringende, von derselben ohne jegliche Verletzung abhebbare Membranen, die ihre Entstehung des Einwirkung der Bacillen auf die Oberfläche des Epithels verdanken und secundäre Membranen, die von der Tiefe des Schleimhautgewebes ihren Ausgang nehmen, das Epithel zuletzt in Mitleidenschaft ziehen, nicht ohne starke Beschädigung der Schleimhaut entfernt werden können und nicht einer localen Einwirkung der Diphtheriebacillen ihre Entstehung verdanken, sondern der Ausdruck der allgemeinen auf das Diphtherotoxin zuzückzuführenden Erkrankung sind. Die ersteren, die primären Membranen indiciren eine sorgfältige antiseptische Localbehandlung (Dampfinhalationen einer 2—5 proc. Carbolsäurelösung). Die secundären Membranen sind für die Localbehandlung nicht zugängig. Allerdings ist auch hier, um das Hinzutreten von Sepsis zu vermeiden, eine gründliche Desinfection der Mund- und Rachenhöhle angezeigt, es fragt sich aber, ob wir im Stande sind, die Bildung weiterer Membranen zu verhindern oder, was dasselbe sagt, dem allgemeinen Process Schranken zu ziehen. Es giebt auch für diese Fälle eine Spontanheilung. Behring hat neuerdings

mit seiner Blutserum-Theorie einen Weg eingeschlagen, der aussichtsvoll erscheint. Vor der Hand empfiehlt sich die Anwendung von empirischen Mitteln — Cyanquecksilber-Chinin. LANDGRAF.

109) **M. P. Hatfield. Die diesjährigen Misserfolge bei Diphtherie. (This years failures in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 3. Juni 1893.*

H. giebt einen sorgfältigen Bericht über die Aetiologie, den Verlauf und die Behandlung von 6 Diphtheriefällen, die sämmtlich letal verliefen. Was die Wahl zwischen Intubation und Tracheotomie anlangt, so zieht er die letztere vor.

Northrup betont, dass in der richtigen Hand und frühzeitig angewendet, die Intubation das einzige wirksame Mittel ist.

A. Jacobi erwähnt die Bedeutung der Antisepsis des Nasenrachenraumes. Er glaubt, dass man die vergrösserten Lymphdrüsen unter dem Kieferwinkel reduciren könne, wenn man das septische Material aus der Nase durch desinficirende Auswaschungen gründlich herausspüle. Es bestehe ein entschiedener Unterschied zwischen der resorbirenden Fähigkeit der Nase als eines Sekretionsorganes und der der Tonsillen, welche excretorische Functionen hätten, darum wirke die Gurgelung im Halse und das Auswaschen der Nase so ausserordentlich verschieden. Weiter dringt J. auf eine kräftige Stimulation durch Alkohol, Coffein und Strychnin.

Lewis Smith bespricht eingehend die Calomel-Fumigationen, die er in der Praxis zur Anwendung bringt; er setzt das Kind den Dämpfen 3stündlich 10 bis 20 Minuten lang aus, indem er 0,6—1,2 g Calomel von einem Zinnteller durch eine Spiritusflamme verdampft. Das Kind kommt unter eine Art Zelt; man erzeugt durch die Methode sehr leicht Speichelfluss, wodurch der systematische Effect des Mittels erwiesen wird. LEFFERTS.

110) **Guelpa** (Paris). **Laryngo-tracheale Einspritzungen beim Croup.** *Soc. de thérap. 12. Juli 1893.*

Diese Methode gilt nur für die bereits tracheotomirten Kinder. Um das Eindringen der eingespritzten Flüssigkeit in die Luftwege zu hindern, wird das Kind, mit dem Kopf nach unten gekehrt, auf dem Schooss eines Assistenten gehalten. Dann führt man in die Canüle ein Röhrchen aus Kautschuk von geringem Durchmesser ein, das mit einer Clystierspritze in Verbindung steht. Letztere soll mit einer gesättigten Borsäurelösung oder mit einer $^1/_{1000}$ Eisenperchloridlösung angefüllt sein, die man dann mit mässiger Stärke und mit einigen Unterbrechungen einfliessen lässt.

Die Flüssigkeit kommt durch die Nase, den Mund und die Canüle zurück, ohne irgend erheblichere Unannehmlichkeiten zu verursachen.

Mittelst dieser Methode, die Verf. bei den Kindern des Trousseau-Spitals zur Anwendung brachte, ist es ihm gelungen 35,19 pCt. Heilungen zu erlangen, während die Statistik der 3 vorangegangenen Jahren bei den wegen Diphtherie tracheotomirten Kindern nur 23,65 bis 32 pCt. Heilungen ergab. LUC.

111) **Malone. Die Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Milwaukee Med. Journal. Juni 1893.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **R. A. Patterson. Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Virginia Med. Monthly. Juli 1893.*

P. empfiehlt innerlich eine Mixtur von

Kal. chlorat.
Acid. muriat. dilut. und
Tinct. ferri muriat.

1stündlich gegeben und gleichzeitig locale Application von Extractum fluidum von Pinus canadensis 30 mit 10 Tropfen Carbolsäure.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **J. S. Haynes. Ozon in der Behandlung der Diphtherie mit einem Bericht über 7 Fälle. (Ozone in the treatment of diphtheria with reports of 7 cases.)** *N. Y. Med. Journal. 15. Juli 1893.*

Es handelte sich um typische Fälle und die Heilung wird von H. der grossen keimtödtenden Fähigkeit eines neuen Ozonpräparates zugeschrieben, des sog. Therapols; es ist dies ein vegetabilisches Oel, das 10 Volumprocent Ozon enthält; es greift gesunde Gewebe nicht an und wirkt deshalb schmerzlos. Man soll es $^1/_2$ oder 1stündlich geben, Tag und Nacht, und zwar wird es auf Watte applicirt oder durch die Nase injicirt. W. J. SWIFFT (LEFFERTS).

114) **F. Egidi** (Rom). **82 Tracheotomien und 84 Intubationen. Ein Beitrag zur Statistik. (82 tracheotomie e 84 intubazioni, come contributo alla Statistica.)** *Boll. dell'Orecchio. 1893. No. 3 u. 4.*

E. theilt seine 82 Tracheotomien in zwei Perioden; bei der ersten hat er 61,3 pCt., bei der zweiten 30 pCt. Heilungen erzielt. Ursache des grossen Unterschiedes war eine schwere Epidemie bösartiger Diphtheritis in den letzten Jahren. Durch die Intubation hat E. einen den Resultaten der zweiten Tracheotomieperiode entsprechenden Heilungsprocentsatz, d. h. 19 pCt., gehabt. — Den Umstand, dass, trotz ihrer ursächlichen Gleichheit, primärer und secundärer Croup eine so verschiedene Prognose geben, führt E. darauf zurück, dass die Larynxschleimhaut viel ungünstigere Bedingungen zur Absorption der Toxine abgiebt, als die Pharynx- resp. Tonsillenoberfläche; beobachtet man doch ganz denselben Unterschied betreffs der Bösartigkeit zwischen Mandel- resp. Pharynx- und Larynxkrebs.

E. ist ein Anhänger der Crico-Tracheotomie: 1. weil diese Region oberflächlicher und weniger gefässreich ist; 2. weil das Trachealluman dort weiter, und die Verletzung der linken Wand nicht so leicht ist. Zum Einhaken der Trachea bedient sich Verf. des Caselli'schen Tenaculums. Dem dreibranchigen Laborde'schen zieht er mit Massei, nach unserer Ansicht mit Recht, den zweibranchigen Trousseau'schen Dilatator vor, da ersterer die Einführung der Canüle nur erschwert. Für die Fälle, wo ihm, trotz der Hülfe des Dilatators, die Einführung der Canüle nicht gelingt, hat E. einen zweibranchigen permanenten

Dilatator construiren lassen, der mehrere, nöthigenfalls auch 24—48 Stunden in situ bleiben darf. TOTI.

115) **A. Ricci** (Savona). **Tracheotomie nach vorheriger Intubation. (Tracheotomia previa intubazione.)** *Boll. delle Mal. dell'Or. 1893. No. 5.*

R. hat in drei Croupfällen der Tracheotomie die Intubation vorausgeschickt, in der Absicht, die Schwierigkeiten und Gefahren der Tracheotomie bei stark asphyktischen Kranken zu beseitigen. TOTI.

116) **H. L. Burrell. Die Indicationen für die Tracheotomie und Intubation. (The indications for tracheotomy and intubation.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 6. April 1893.*

Indicationen für die Tracheotomie sind: Dyspnoe infolge von Druck durch Neubildungen, vergrösserte Drüsen, Zellgewebsentzündung am Halse; Druck auf den Recurrens; Fremdkörper in Kehlkopf oder Trachea; schliesslich die Ausbreitung von Neubildungen, Fracturen der Knorpel, oder Membranen — diphtheritischen oder fibrinösen — bis auf oder unter die Stimmbänder.

Indicationen sind für die Intubation: Das frühe Stadium des Croups bei Kindern; dann die Diphtherie, wenn hauptsächlich der Schlund befallen ist; schliesslich die Dyspnoe bei Kindern, die an Diphtherie zu sterben drohen und bei denen die Tracheotomie nicht gestattet wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **Clarkson. Dyspnoe nach Entfernung der Tracheotomiecanüle. (Dyspnoea after the removal of a tracheotomy tube.)** *N. Y. Medical Journal. 11. Februar 1893.*

C. berichtet über einen Fall mit eigenartiger Complication. Bei dem Pat., einem Knaben von 8 Jahren, wurde 5 Tage nach der Operation zuerst der Versuch gemacht, ihn durch den Larynx athmen zu lassen; allein 5 Tage später erst war die Athmung auch bei verschlossener Canüle frei. Nachdem das Kind 18 Stunden gut auf diese Weise durch den Larynx geathmet hatte, wurde die Canüle entfert. Da das Kind die Glottis nicht recht zu benutzen schien, wurde 8 Stunden später die Trachealöffnung durch einen Verband verschlossen. Sofort stand die Athmung still; man setzte deshalb die Canüle wieder ein und machte küntliche Athmung. Die plötzliche Athembehinderung wurde auf einen Glottisspasmus zurückgeführt und deshalb eine Chloral- und Bromkalimischung verschrieben. Doch der Knabe konnte jetzt auch bei Verstopfung der Canüle nicht mehr athmen; eine Zeitlang war die Athmung natürlich, dann wurde sie stridulös, es entwickelte sich Cyanose und der Kork musste aus der Canüle entfernt werden. Dieser Zustand hielt trotz aller Behandlung 5 Monate an. Bei einer ausführlichen, in der Chloroformnarkose vorgenommenen Untersuchung entdeckte man einen Lappen von Granulationsgewebe, der von der Wunde ausging und nach Entfernung der Canüle im Luftstrom flottirte. Derselbe war etwa erbsengross und sass im oberen Wundwinkel der trachealen Incison. Man entfernte diesen und gleichzeitig auch adenoide Wucherungen, die sich an der hinteren Rachenwand fanden. Am folgenden Tage wurde die Canüle wieder ver-

schlossen und, nachdem das Kind 2 Tage lang gut geathmet, wurde sie ganz entfernt. Die Trachealwunde schloss sich in 4 Tagen. Das Kind blieb noch 6 Wochen in Beobachtung, es traten keine Störungen mehr ein. LEFFERTS.

e. Kehlkopf und Trachea.

118) **Adolf Calman. Ein Beitrag zur Casuistik der Missbildungen an Zunge und Kehlkopf.** *Virch. Arch. CXXXIV. 2. 1893.*

Neben verschiedenen Anomalien an den Extremitäten und Nieren fanden sich an der Zunge des todtgeborenen Kindes drei verschieden grosse Auswüchse, die der Hauptmasse nach aus Fettgewebe bestehen; innerhalb der durch bindegewebige Septa getrennten Fettläppchen sieht man Drüsengewebe von acinösem Bau, und zwischen ihnen oder auch in denselben bemerkt man zahlreiche Muskelprimitivbündel; die Oberfläche zeigt Papillen. Das Zungenbein zeigt eine dornartige Hervorragung; die Cornua minora enthalten einen Hohlraum, in dem ein linsengrosses aus Knochen bestehendes Körperchen liegt. Die Epiglottis zeigt ihren vorderen Rand durch 3 tiefe sagittale Furchen in 4 Lappen getheilt; sie ist theils knorpelig, theils bindegewebig. Der seitliche Rand fehlt, ebenso beiderseits das Lig. aryepiglott.

In einem zweiten Falle war von dem Zungenbändchen eines Kindes eine warzenähnliche, allmählich wachsende Geschwulst entfernt, deren Zusammensetzung den oben beschriebenen im wesentlichen glich. A. ROSENBERG.

119) **Litten. Ueber pulsirenden Kehlkopf in Folge von Gefässanomalien.** Aus dem Verein für innere Medicin zu Berlin. — *Münchn. med. Wochenschr. No. 46. 1893. Deutsche med. Wochenschr 1893. No. 47.*

Starke Pulsation in der ganzen Länge der Trachea bei einer Frau, die zur Section kam. Es ergab sich, dass von der Aorta vier Gefässe abgingen und zwar zwischen linker Carotis und linker Subclavia eine grosse Arterie, die dicker war als eine Radialis und die zur Schilddrüse ging; ferner war der Stamm des Truncus abnorm weit und verlängert und bedeckte die Trachea am untersten Theil zu $^2/_3$; im obersten Theil so, dass der Kehlkopf vollständig verdeckt war.

SCHECH.

120) **P. Bruns** (Tübingen). **Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

B. behandelt einen derartigen Fall mittelst elastischer, conischer, vorne offener Hohlbougies, die er über ein von der Tracheotomieöffnung aus durch die Laryngostenose in den Mund hindurchgeführtes Fischbeinstäbchen, das als Conductor diente, hinüberschob.

Bezüglich der Erklärung des angeborenen Diaphragmas des Kehlkopfs verweist er auf die Roth'sche Angabe, dass das Anfangsstück des Luftrohrs in der ersten Anlage verklebt ist, indem die epitheliale Verklebungsmasse theilweise aus den Elementen des äusseren Keimblattes, theilweise aus denen des Darm-

Drüsenblattes gebildet wird. Lockert sich diese Verklebung nur unvollkommen und persistirt sie zum Theil, so entsteht das Diaphragma. A. ROSENBERG.

121) **Bruns** (Tübingen). **Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs.** *Beitr. z. klin. Chirurgie. 1893.*

Bei einem 19jähr. Mädchen mit angeborenem Diaphragma des Kehlkopfes (s. Atlas von Krieg) war die Tracheotomie nöthig geworden. Br. führte die Stenosenbehandlung mittelst eines eigenen Verfahrens durch, das allerdings nur bei Tracheotomirten möglich ist. Hierzu dienen elastische Hohlbougies, welche conisch und vorne offen sind. Behufs ihrer leichteren Einführung wird zunächst ein dünnes Fischbeinstäbchen von der Tracheotomieöffnung aus durch die Larynxstenose hindurchgeschoben, bis es über der Zungenwurzel in der Mundhöhle zum Vorschein kommt und dann mit dem Finger zum Munde herausgleitet. Dasselbe dient als Conductor, um darüber das Bougie vorzuschieben und wird entfernt, sobald das Bougie die Stenose passirt hat. Die Patienten ertragen diese Bougies sehr leicht, manchmal 2 Stunden lang in einer Sitzung. Das Heilungsresultat war schliesslich ein sehr gutes. SEIFERT.

122) **Kanthack** und **Anderson. Die Thätigkeit der Epiglottis während des Schluckens. (The action of the epiglottis during deglutition.)** *Philad. Med. News. 20. Mai 1893.*

Aus ihren anatomischen Betrachtungen, sowie nach Experimenten an Thieren und an sich selbst kommen die Verf. zu dem Schluss, dass beim Menschen, Hund, bei der Katze, dem Meerschweinchen u. s. w. während des Schluckens unter natürlichen Verhältnissen die Epiglottis herabsteigt zum Aditus laryngis und ihn lidartig verschliesst. Dieser Verschluss gehört mit zu dem Mechanismus, dessen Ziel der Schutz des Athmungstractus während des Schlingens ist. Es ist nicht absolut nothwendig, sowohl beim Menschen, wie bei manchen Thieren, dass der Aditus laryngis und die Partie oberhalb der Glottis während des Schluckactes sich schliesst, es schliesst sich die Glottis selbst; die Kehlkopfschleimhaut ist in extremem Maasse sensibel; die Respiration hört während des Schlussactes auf; auch kann bei manchen Thieren die Zungenbasis die Epiglottis ersetzen, es wird dann der Aditus laryngis nach oben gedrängt und fest gegen die Zunge gepresst. LEFFERTS.

123) **Redactionelle Bemerkung. Pulsus paradoxus bei acuter Laryngitis. (Pulsus paradoxus in acute laryngitis.)** *N. Y. Med. Record. 29. Juli 1893.*

Ein Auszug aus einem Artikel von Brookbank im Brit. Med. Journal vom 24. Juni 1893. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **J. C. Mulhall. Laryngitis hiemalis. (Laryngitis hiemalis.)** *N. Y. Medic. Journal. 14. October 1893.*

Abdruck eines auf der XV. Versammlung der American Laryngological Association gehaltenen Vortrages; derselbe wird in dem Congressbericht referirt werden. LEFFERTS.

125) Nogaro. **Zwei Fälle von Laryngitis haemorrhagica. (Sur deux cas de laryngite hémorrhagique.)** *Revue internation. de laryngol., d'otol. et rhinologie. 25. April 1893.*

Der erste Fall zeigte bei der Untersuchung die Symptome einer acuten Laryngitis mit blutigen Streifen auf den Stimmbändern und in der Regio interarytaenoidea. Im zweiten Fall bestanden auf den Stimmbändern kleine Varicositäten, aus denen bei bei Anstrengung leichter Blutaustritt stattfand. Der Verf. schliesst den Artikel mit einigen kritischen Bemerkungen über die Natur dieses Leidens.

E. J. MOURE.

126) G. Thornton (London). **Ein Fall von lobärer Pneumonie complicirt mit acuter oedematöser Laryngitis, in dem die Tracheotomie erforderlich wurde. (A case of lobar pneumonia associated with acute oedematous laryngitis necessitating tracheotomy.)** *Lancet. 12. August 1893.*

Die Pat., eine Frau von 35 Jahren, erkrankte unter schwerem Frost an Halsschmerzen. Der Verf., der sie zwei Tage später sah, fand sie in extremer Dyspnoe und sehr heiser. Der Larynx konnte nicht untersucht werden, doch liess sich eine sehr starke Schwellung der Epiglottis constatiren. Die Athmung wurde zusehends schlechter und da die Lage der Pat. eine offenbar kritische war, wurde die Tracheotomie gemacht. Die Temperatur stieg nach derselben noch, bis sie 40,4^{0} erreichte, und bei der Untersuchung der Brust fanden sich die Zeichen einer rechtsseitigen Pneumonie. Die Canüle blieb 40 Stunden liegen, dann wurde eine Weichgummicanüle für einen Tag eingelegt und schliesslich auch diese fortgelassen. Die Krise trat 4 Tage nach der Operation ein, woraus hervorgeht, dass die Lungenentzündung wohl bereits vor der Tracheotomie bestand.

MACKENZIE-JOHNSTON.

127) P. Brown. **Abscess des Larynx. (Abscess of the larynx.)** *Med. Record. 12. August 1893.*

B. berichtet über 2 Fälle. Der erste betrifft einen Mann von 52 Jahren, bei dem die Affection an eine acute Laryngitis sich anschloss. Der Pat. starb plötzlich und bei der Autopsie fand sich eine Abscesshöhle neben dem Perichondrium der hintere seitlichen Hälfte des linken Ringknorpels, welche ein wenig auf die hinteren Fläche des linken Flügels des Schildknorpels und nach unten auf die Membrana crico-thyreoidea übergriff; der Abscess hatte die epithelialen Schichten emporgehoben, ohne sie zu durchbrechen. Der Pat. war gestorben durch Apnoe infolge completer Stenose durch den Druck des Abscesses auf die Stimmbänder und durch das Oedem der Taschenbänder.

Im zweiten Falle wurden verschiedene Male Einstiche vorgenommen und der Pat. wurde geheilt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

128) C. C. Rice. **Tuberöse Chorditis. (Tuberous Chorditis.)** *N. Y. Med. Record. 4. November 1893.*

Die Affection wird durch excessiven Gebrauch der Stimme verschuldet und besonders durch falsche Methodik beim Singen; sie scheint am häufigsten bei Frauen und zwar bei Sopranstimmen vorzukommen. Unter 8 Fällen von Rice

waren 6 Frauen mit einem Sopran. Der Knoten ist klein, er liegt nahe der Mitte des Stimmbandes und dicht an dessen Rand. Stets besteht eine Congestion der ganzen Theile und diese kann, wenn nicht sehr gute Beleuchtung vorhanden ist, die Entdeckung des Knötchens recht erschweren. Die Therapie besteht in strengster Ruhe und Verbesserung der fehlerhaften Sing- oder Sprach-Methode. Aufmerksamkeit erfordert der Allgemeinzustand von Nase und Hals. Schliesslich muss das Knötchen selbst, wenn möglich, mit dem Guillotinemesser oder kaustisch entfernt werden. LEFFERTS.

129) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Pachydermia laryngis. (Pachydermia of the larynx.)** *Edinhurgh Med. Journal. April 1893.*

Verf. giebt eine vollständige Literaturübersicht über die Frage der Pachydermie und betont, dass die typischen Fälle derselben ganz besonders in Deutschland angetroffen worden sind. Die Beobachtungen von Virchow, B. Fränkel, Sommerbrodt, Réthi, Michelson, Meyer, O. Chiari und Kausch werden ausführlich wiedergegeben. Auch die Untersuchungen von Kanthack und Chiari über die Structur der Sängerknoten erwähnt der Verf., um zu zeigen, dass es fraglich ist, ob man diese so ganz abtrennen könne von der Pachydermie. Der Verf. macht weiterhin darauf aufmerksam, dass die Krankheit ausschliesslich bei männlichen Individuen vorzukommen scheint.

Mc. B. beschreibt zwei typische Fälle von Pachydermia interarytaenoidea, welche ältere Männer betrafen. Von dem einen Fall giebt Mc. B. eine farbige Abbildung. Er hebt hervor, dass die interarytaenoidale Schwellung, die man bei Phthise antrifft, nach der Ansicht der competentesten Autoren, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, auch in grossem Umfange aus verhorntem Epithel besteht. Er glaubt jedoch, dass sie gewöhnlich durch folgende klinische Punkte sich unterscheiden lässt: 1. sie ist umschriebener; 2. sie ist gewöhnlich ausgesprochener roth. Ein Fall von einseitiger Pachydermie bei einem 42jährigen Mann, in der Gegend des rechten Processus vocalis wird des Näheren beschrieben, dann ein Fall mit der typischen bilateralen Form und links einer Depression; dieser Fall ist auch abgebildet. Im ersteren Falle brachte ein Salzwasserspray unzweifelhafte Besserung, im zweiten wurde ein Spray von 2-proc. Essigsäure, wie ihn Scheinmann empfohlen hat, versucht; da er jedoch ausserordentlich reizte, musste er bald wieder fortbleiben.

Schliesslich beschreibt Mc. B. noch einen Fall, in dem zwei symmetrische Massen an der Vereinigungsstelle der zwei hinteren Drittel mit dem vorderen Drittel der Stimmbänder sassen. Ein ähnlicher Fall ist im Krieg'schen Atlas abgebildet. In Mc. B.'s Falle bestand vollständige Aphonie; diese wurde durch electrocaustische Zerstörung der Tumoren geheilt. Autoreferat.

130) **Wm. Milligan** (Manchester). **Ein Fall von Pachydermia laryngis. (A case of pachydermia laryngis.)** *Journal of Laryngology. August 1893.*

Verf. giebt zuerst eine ausgezeichnete Uebersicht über die Literatur dieses Gegenstandes und bespricht dann den Fall eines Mädchens von 21 Jahren, das — von dem laryngealen Zustand abgesehen — in vortrefflichem Gesundheitszu-

stande sich befand. Die Schleimhaut des Kehlkopfs war chronisch congestionirt, beide Stimmbänder etwas verdickt; in der unmittelbaren Nachbarschaft der Processus vocales waren zwei Schwellungen sichtbar, die ovoid, klein erbsengross, von röthlicher Farbe waren; die rechte zeigte eine Depression, in welche die linke Anschwellung beim Versuch zu phoniren hineinpasste. — Die Behandlung brachte, wenn überhaupt, nur ganz geringe Besserung.

MACKENZIE-JOHNSTON.

131) **Julius Wolfenstein. Paraesthesie des Rachens und Kehlkopfs als praemonitorisches Symptom der Lungentuberculose. (Paresthesia of the pharynx and larynx as a premonitory symptom of tuberculosis of the lungs.)** *Phil. Med. News. 30. September 1893.*

Die Paraesthesie des Rachens und Kehlkopfs ist nicht so selten ein Begleiter der Frühstadien der Lungentuberkulose. In derartigen Fällen soll man, wenn physikalische Zeichen von Seiten der Lunge nicht vorliegen, an Tuberkulose denken: 1. wenn die Familienanamnese für Tuberculose spricht; 2. wenn die Paraesthesie nicht auf einen Fremdkörper oder auf eine Verletzung mit irgend einem Agens oder auf das Schlucken einer besonders harten Substanz zurückgeführt werden kann; 3. wenn das Gefühl eines imaginären Fremdkörpers unbestimmter Herkunft besteht und gleichzeitig Anaemie vorhanden ist; 4. wenn man Hysterie oder Hypochondrie in derartigen Fällen nicht anzunehmen berechtigt ist.

Diese Fälle werden am besten intern mit Kreosot behandelt, ohne jede lokale Therapie.

LEFFERTS.

132) **C. E. Teets. Die Laryngitis phthisica und ihre Behandlung. (Laryngitis phthisica and its treatment.)** *North. Americ. Journal of Homoeopathy. October 1893.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **Chas. P. Grayson. Ein Beispiel von spontaner Heilung einer ulcerativen tuberculösen Laryngitis. (An instance of spontaneous healing of an ulcerative tuberculous laryngitis.)** *Phil. Med. News. 4. November 1893.*

Die wichtigsten Daten des interessanten Falles sind kurz folgende: Rechterseits fand sich eine Dämpfung über der Spitze bis zur zweiten Rippe; im Bereich derselben Bronchialathmen, keine Rasselgeräusche, darunter in der Höhe der Brustwarze ein zweiter Dämpfungsbezirk, in dem aber subcrepitirende Rasselgeräusche deutlich hörbar waren. Im Sputum reichliche Tuberkelbacillen.

Die laryngoskopische Untersuchung zeigte die Epiglottis vollständig normal, nur die Farbe etwas dunkler als die der gesunden. Die Plicae ary-epiglotticae sahen ebenfalls gut aus, desgleichen der grössere Theil der Taschenbänder. An ihren hinteren Enden indessen waren diese zerstört und durch Narbengewebe ersetzt. An der Vorderfläche der Meso-arytaenoid-Falte sass eine charakteristische tuberculöse vegetative Schwellung. Vom Stimmband war beiderseits nur ein schmaler ausgefranzter Streif übrig. Das vordere Drittel war bei beiden noch am wenigsten afficirt, doch auch hier waren die Geschwüre tief in die Substanz

eingedrungen, der freie Rand war sehr unregelmässig und die obere Fläche durch die granulationsartigen Ränder der Geschwüre uneben. Nach hinten zu waren die Stimmbänder fast ganz zerstört, auch die Processus vocales hatten der vorschreitenden Ulceration nicht widerstehen können, auch sie waren angefressen. Indessen der ganze Process schien nirgends mehr im Vorschreiten begriffen, sondern überall, wo früher Ulcerationen gewesen waren, sassen jetzt Narben, deren Festigkeit man durch Berührung mit der Sonde feststellen konnte. Am Taschenbande waren noch ein paar Unebenheiten, die vielleicht noch tuberkulösen Infiltrationen entsprachen; auch diese heilten während der drei Monate, die G. den Kranken in Beobachtung behielt, vollständig aus. LEFFERTS.

134) **Kruse** (Liebenburg). **Betheiligung des Kehlkopfes bei der Tuberculose.** Dissert. Göttingen. 1892.

Kr. berichtet über 742 Fälle von Tuberkulose, welche vom Jahre 1880—89 in der medicinischen Klinik zu Göttingen behandelt worden waren. Unter diesen war in 123 Fällen (97 m., 26 w.) der Kehlkopf untersucht, zur Autopsie kamen 54 Fälle. Primäre Kehlkopftuberkulose konnte Kr. in keinem der Fälle mit Sicherheit annehmen. SEIFERT.

135) **R. Sota y Lastra** (Sevilla). **Laryngitis syphilitica hyperplastica. Zeitweilige Stickanfälle. Luftröhrenschnitt am Sterbenden. Künstliches Athmen während einer Stunde. (Laringitis sifilitica hiperplastica. Accesos de sofocación de tiempo en tiempo. Traqueotomia in articulo mortis. Respiración artificiel durante una hora.)** *Arch. intern de rino-laringo-otologia. Märs 1893. No. 27.*

Dem ausführlichen Titel ist weiter nichts beizufügen als dass die stundenlange Bemühung den wie todt daliegenden Körper wieder zum Athmen zu bringen, schliesslich von Erfolg gekrönt wurde. GONGORA.

136) **Audubert. Ein Fall von tertiärer Kehlkopferkrankung mit Stenose, geheilt durch die progressive Dilatation. (Un cas de laryngopathie tertiaire avec stenose guéri par la dilatation progressive.)** *Revue internat. de rhinol., otolog. et laryngolog. 25. August 1893.*

Nach einigen Bemerkungen über die tertiären Erscheinungen im Kehlkopf berichtet A. über einen Fall eigener Beobachtung, indem die Narbenränder eine Brücke oberhalb des Larynx gebildet hatten, so dass der Pat. nur noch durch eine sehr enge Oeffnung athmen konnte. Nach zweimonatlicher Dilatation dieser Oeffnung konnte der jetzt leicht athmende Patient als geheilt entlassen werden.

E. J. MOURE.

137) **Lacoarret. Ein Fall von primärem Lupus des Kehlkopfs. (Un cas de lupus primitif du larynx.)** *Annales de la polyclinique de Toulouse. No. 4. April 1893.*

Die Fälle von primärem Lupus des Kehlkopfs sind selten. Es handelt sich dabei um eine Form von Tuberkulose, bei der die Symptome und der Krankheits-

verlauf von der gewöhnlichen Kehlkopftuberkulose verschieden sind, bei der man aber stets, wenn man ordentlich sucht, in den lupösen Knötchen den Koch-schen Bacillus findet. Der Verf. berichtet ausführlich über einen interessanten Fall von Lupus aus seiner eigenen Beobachtung. E. J. MOURE.

138) **J. E. Newcombe. Die laryngealen Erscheinungen des Rheumatismus. (The laryngeal manifestations of rheumatism.)** *Internat. Med. Magasine. August 1893.*

Eine allgemeine Uebersicht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **E. Meyer. Primäre Chondritis des Kehlkopfs. Bericht über einen Fall mit Zerstörung der Knorpel; Tracheotomie; Tod nach 17 Monaten. (Primary chondritis of the larynx and report of a case with destruction of the cartilages, tracheotomy and death 17 months afterwards.)** *N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports. Januar 1893.*

M. beweist aus der Litteratur, die er sorgfältig zusammengestellt, dass die primäre Perichondritis ein seltenes Vorkommniss ist und dass sie in ihren früheren Stadien hervorragende Schwierigkeiten für die Diagnose bietet; man muss diese mehr per exclusionem, als aus den wirklich vorhandenen Erscheinungen und Symptomen stellen. Bedrohliche Symptome können unmittelbar die Tracheotomie nöthig machen und die Prognose ist darum eine sehr ernste. Das Vorkommen der Perichondritis als Folgekrankheit des Typhus ist ziemlich verbreitet in Europa, während es in Amerika nicht recht bekannt ist. Die Behandlung im Beginne der Erkrankung besteht in Ruhe, Eis und resorbirenden Mitteln. Später kommt die Dilatation mittelst Schrötter'scher Röhren in Frage.

In dem M.'schen Falle bestand eine Chondritis seit Jahren, die Störungen wurden aber erst lange Zeit nach dem Beginn der Krankheit actuell. Einige Zeit nach der Tracheotomie wurde ein Versuch gemacht, eine Schrötter'sche Röhre einzuführen. Der Pat. fühlte sich aber dadurch derart belästigt, dass er weitere Versuche bestimmt zurückwies. Die sehr ausgedehnte Zerstörung der verschiedenen Knorpel gab für keinen chirurgischen Eingriff mehr rechte Hoffnung und liess die Totalexstirpation des Kehlkopfs noch am ehesten angezeigt erscheinen; dieser aber war der Pat. seines allgemeinen Gesundheitszustandes wegen nicht mehr in der Lage, sich zu unterziehen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **W. E. Casselberry. Arthritis deformans des Larynx. (Arthritis deformans of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 14. October 1893.*

Vom Verfasser auf dem XV. Meeting der American Laryngological Association vorgetragen, wird im Verhandlungsberichte referirt werden. LEFFERTS.

141) **Compaired (Madrid). Ueber acute und subacute rheumatische Entzündung des Ringgiesskannenknorpelgelenks. (Sobre la artritis crico aritenoidea aguda y sub-aguda de naturaleza reumatica.)** *Arch. inter. de rino-laringo-otologia. Jan.-Febr. 1893. No. 25—26.*

In den Bädern von Tiermas hat Verf. Gelegenheit gehabt bei zwei Kran-

ken (von 52 und 28 Jahren), während eines mit mässigem Fieber begleiteten Anfalls von Polyarthritis rheumatica Mitbeteiligung des Kehlkopfs zu beobachten, die sich durch Schmerzen beim Sprechen und Schlingen sowie belegte Stimme kund gab, wobei sich auch laryngoskopisch Entzündungserscheinungen nachweisen liessen. Der eingeleiteten Behandlung wichen in wenigen Tagen die allgemeinen und ebenso die Kehlkopferscheinungen, weshalb Verf. dieselbe zur Nachahmung empfiehlt und zwar Natrium salicylicum in grossen Gaben bis Ohrensausen entsteht. Pinselungen mit 4proc. Cocainlösung nebst Pulverisirung von 2proc. und zur Abwechslung Pulverisirung von Salmiak oder doppelkohlensaurem Natrium in 5proc. Lösung. GONGORA.

142) **A. H. Smith. Ein Fall von beträchtlichem Offenstehen der Glottis. (A case of remarkable patency of the glottis.)** *Virginia Med. Monthly. August 1893.*

Der Pat., der an einem Magenkatarrh litt, gab an, dass man mehrfach Versuche an ihm gemacht habe, eine Magensonde einzuführen, um ihm den Magen auszuwaschen; dabei sei die Sonde stets leicht vorgedrungen bis auf etwa 12 Zoll, dann sei sie ganz auf einmal stecken geblieben und die geringste Bemühung, das Hinderniss zu überwinden, habe jedesmal einen sehr starken Husten und Erstickungsgefühl hervorgerufen. S. führte selbst einen starken Magenschlauch ein, er kam bis zu einem Punkte, der etwa der Verbindung zwischen oberem und mittlerem Drittel des Sternums entsprach, dann blieb er plötzlich stecken. So lange die Sonde ruhig an der betreffenden Stelle lag, fühlte Pat. keinerlei Beschwerden, beim leisesten Versuch aber, weiterzugehen, trat ein heftiger, krampfartiger Hustenanfall ein, der den Schlauch herausschleuderte. Bei der Wiederholung des Sondirungsversuchs erkannte S., dass Luft durch die Sonde kam, bei der Inspiration und bei der Expiration; sobald er den Schlauch comprimirte, stand die Athmung still. Es war also die Sonde in die Trachea eingeführt und sie steckte fest an der Stelle der Bifurcation. Beim nächsten Versuch nun wurde der Pat. angehalten; eine hohe Note zu intoniren, sobald die Sonde im Pharynx sei: es glückte der Versuch, die Sonde gelangte über die geschlossene Glottis hinweg und erreichte ohne Schwierigkeit den Magen.

Bei der palpatorischen und laryngoskogischen Untersuchung fand man keine Erklärung für diese bemerkenswerthe Toleranz des Larynx gegenüber dem Fremdkörper. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

143) **H. R. Heydecker. Folliculäre Tonsillitis; Fremdkörper im Kehlkopf. Heilung durch die Tracheotomie. (Follicular tonsillitis; foreign body in the larynx. Tracheotomy: Recovery)** *Archives of Pediatrics. Januar 1893.*

Nach der Tracheotomie fand sich, dass der Fremdkörper auf den Stimmbändern lag. Der Fall zeigt, welche verhängnissvollen Folgen ein Intubationsversuch unter Umständen haben kann. Man sollte niemals zur Intubation greifen, wenn die Möglichkeit eines Fremdkörpers im Larynx nicht absolut ausgeschlossen werden kann. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

144) **G. Masini** (Genua). **Nähnadel im Larynx. (Un ago nella laringe.)** *Gazz. degli Osp. 5. August 1893.*

Die Nadel war mit der Spitze in die Interarysohleimhaut eingedrungen, und steckte mit dem anderen Ende in der Tiefe des rechten Ventrikels. Sie wurde mit der Zange gefasst, etwas mehr gegen die hintere Larynxwand gepresst, und, nachdem das stumpfe Ende aus dem Sinus herausgekommen, leicht entfernt. Sie hat eine Länge von 32 mm. TOTI.

145) **Mc Call Anderson** (Glasgow). **Ein Stück Haselnussschale im rechten Bronchus. (Shell of hazel nut in right bronchus.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1893.*

Die Symptome bestanden in einer Dämpfung und musikalischen Rasselgeräuschen über der rechten Lunge. Die Anamnese ergab, dass der Pat. vor 5 Monaten ein Stück Nussschale verschluckt hatte und nachdem 2 kleine Stückchen Nussschale ausgehustet waren, verschwanden auch alle Beschwerden.

P. MC. BRIDE.

146) **M. Thorner. Die Behandlung von Fremdkörpern in den Luftwegen. (The management of foreign bodies in the air-passages.)** *Med. Record. 26. August 1893.*

Die Gegenwart eines Fremdkörpers in den tieferen Luftwegen ist eine beständige Bedrohung des Lebens des Patienten und die Erfahrung spricht dafür, dass die Sterblichkeit viel grösser ist in den Fällen, in denen der Fremdkörper nicht entfernt worden ist, als in den Fällen, wo man eine Operation unternommen hat. Th. ist deshalb der Ansicht, dass man selbst in manchen zweifelhaften Fällen doch zur Tracheotomie schreiten solle. Er berichtet über zwei Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

147) **A. B. Thrasher. Entfernung eines Fremdkörpers (Nadel) aus dem Hals eines Kindes. (Removal of a foreign body [a pin] from the throat of a child.)** *Lancet-Clinic. 22. April 1893.*

Die Nadel war zwei Jahre vorher verschluckt worden. Das Kind hatte die meiste Zeit Schluckbeschwerden und sprach mit schwacher Stimme. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich und zuletzt stellte sich noch ein trockener Husten ein, der den Schlaf störte.

Mit dem Kehlkopfspiegel sah man die Nadel im Kehlkopf gerade oberhalb des rechten Taschenbandes liegen. Sie wurde mittelst der Zange entfernt. Der Kopf der Nadel war unter die Basis der Epiglottis geglitten und berührte das linke Taschenband, während die Spitze in die rechte Plica ary-epiglottica eingedrungen war. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

148) **C. A. Larsen** (Denmark). **Einige Bemerkungen über die in Varde gebrauchte Methode zur Ausführung der Tracheotomie. (Nogle Bemärkninger om den i Varde brugelige Methode til Udförelse af Trakeotomi.)** *Ugeskrift for Läger. 11. August 1893.*

Der Verf. hat mit Vortheil den Platinbrenner in folgender Weise angewandt:

Die Hautwunde wird mittelst des Messers ausgeführt; die Weichtheile dagegen, die vor der Trachea liegen, werden mittelst des Platinbrenners durchgebrannt, die Trachea selbst aber mit einem Messer durchstochen. Der Verf. findet diese Methode schnell, sicher und blutlos. SCHMIEGELOW.

149) **F. Stahl. Die Nicht-Intubation der Trachea nach der Tracheotomie. (Non-intubation of the trachea after tracheotomy.)** *Chicago Med. Recorder. April 1893.*

Verf. räth, nach der Eröffnung der Trachea keine Canüle einzulegen. Dieselbe wirkt als Fremdkörper und verursacht Reizzustände, Pneumonie etc. Die Trachea kann durch Ligaturen oder Retractoren offen erhalten werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

150) **A. Rosenberg** (Berlin). **Die Intubation bei Larynxstenosen.** *Archiv für Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Nach ausführlicher Beschreibung der Art, wie er die Intubation ausführt, berücksichtigt Verf. die Vor- und Nachtheile derselben sowie ihre Indication und berichtet dann über 12 in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke von ihm mittelst der Tubage behandelte Fälle von Kehlkopfverengerungen, und zwar sowohl acuter als auch chronischer Stenosen. Dieselben wurden repräsentirt durch Laryngitis subglottica, Perichondritis cricoid. specifica, Papillomata laryngis, Membranbildung, Adductorenspasmus, doppelseitige Posticuslähmung, Perichondritis arytaen. tubercul. mit enger Glottis, Granulationsstenose. Näheres im Original. Autoreferat.

151) **W. K. Simpson. Die Behandlung der nicht-membranösen Kehlkopfstenose beim Erwachsenen mittelst O'Dwyer's Intubationsmethode: Bericht über 5 Fälle. (The treatment of non-membranous stenosis of the larynx in the adult by O'Dwyers method of intubation with report of 5 cases.)** *N. Y. Med. Record. 15. April 1893.*

Eine werthvolle und interessante Arbeit, die den zur Zeit in hohem Maasse interessirenden Gegenstand behandelt. Die Qualification des Verf. zur Behandlung dieser Frage ist allgemein anerkannt und die vortrefflichen Resultate, die er in seiner Praxis, speciell in den mitgetheilten 5 Fällen erzielt hat, verdienen mitgetheilt zu werden. S. beschreibt 5 Fälle mit allen klinischen Details; die ersten 4 sind von Simpson und Lefferts bei Behandlung desselben Gegenstandes in Kürze schon anderweitig mitgetheilt; der 5. Fall ist neu und zeigt eine neue Indication für die Intubation, nämlich die Stenose nach Kehlkopffractur; der Erfolg war hierbei zwar nicht glänzend, aber doch recht befriedigend.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **Baumgarten** (Budapest). **Die O'Dwyer'sche Intubation bei den chronischen Stenosen des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Arch. f. Kinderheilk. XV. 5. 6. 1893.*

In dem ersten Falle, 12jähriger Knabe mit Laryngitis subglottica chronica, gingen die submucösen Infiltrate bei Anwendung der Schrötter'schen Röhren

deshalb nicht zurück, weil die Röhren kaum 4 Minuten vertragen wurden. Die Intubation hatte deshalb guten Erfolg, weil der Tubus oft 5—11 Stunden liegen bleiben konnte. In dem zweiten Falle, 14jähriges Mädchen mit syphilitischer Trachealstenose, brachte schon die erstmalige Intubation eine ganz auffällige Besserung. SEIFERT.

153) **Pott** (Halle). **Intubation bei einem Kinde mit Spasmus glottidis.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 16. 1893.*

P. giebt an, er habe 4 mal Kinder während des Anfalls sterben sehen; einmal gelang es ihm durch rasche Intubation ein Kind zu retten, weshalb P. dringend das Verfahren empfiehlt. SCHECH.

154) **M. M. Gilbert. Eine neue Combination von Kehlkopf-Dilatator und -Zange. (A new combined laryngeal dilator and forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juni 1893.*

Das Instrument soll zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Luftwegen unter Verhütung des spastischen Glottisschlusses dienen.

Das Instrument hat zwei Branchen und ist bei Schluss der beiden Blätter röhrenförmig, am unteren Ende ausgezackt. Die Branchen sind je 5 Zoll lang, der Handgriff 10 Zoll. Das ganze Instrument ist leicht zu sterilisiren; man wendet es folgendermassen an: Ein Knebel kommt in den Mund des Patienten; dann führt man die beiden Blätter in die Glottis ein, öffnet sie durch Druck auf den Griff und stellt sie durch einen am Griff angebrachten Haken fest. Man kehrt nun den Körper des Pat. um und fordert ihn auf, möglichst tief einzuathmen. Am Ende der Inspiration drückt man ihm stark auf die Brust. Die forcirte Exspiration führt gewöhnlich zur Dislocation des Fremdkörperts. LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

155) **Weismann. Intrathoracaler Kropf. (Intra-thoracic goitre.)** *Philad. Med. News. 11. März 1893.*

Bei der Section fand man das vordere Mediastinum erfüllt von einer zweifaustgrossen ovoiden Masse, die sich von der Höhe der Clavikel bis zur Bifurcation der Trachea hin erstreckte. Die Geschwulstmasse war mit der Trachea und dem Pericard verwachsen. An der rechten Seite des Larynx fand sich eine verkalkte Schilddrüse, die aber mit dem intrathoracalen Kropf nicht in einem ersichtlichen Zusammenhang stand. Die Trachea war abgeflacht und nach rechts verlagert. Der Oesophagus kreuzte die hintere Fläche der Geschwulst, auch er war etwas nach der Seite verlagert; in seinem oberen Theile fand sich ein Divertikel. LEFFERTS.

156) **Marsh** (Birmingham). **Thyroidectomie. (Thyroidectomy.)** *Brit. Medical Journal. 1. April 1893.*

M. stellte in der Midland Medical Society einen Pat. vor, dem der rechte

Lappen der Schilddrüse wegen acuter Bronchocele mit erheblicher Dyspnoe entfernt worden war. MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **S. S. Cohen. Einige Trophoneurosen, die mit Abnormitäten der Schilddrüse im Zusammenhang stehen. (On some of the tropho-neuroses associated with abnormity of the thyroid gland.)** *American Lancet. April 1893.*

Verf. demonstrirt die Photogramme zweier Fälle von Akromegalie, denen beiden augenscheinlich die Schilddrüsen fehlte. Er berichtet ferner über eine Reihe von Fällen, in welchen ebenfalls eine Schilddrüse nicht nachweisbar war und die zwar nicht alle, aber doch einige der Veränderungen zeigten, wie sie für die Akromegalie typisch sind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

158) **Anderson. Myxoedem nach Bronchocele geheilt durch Behandlung mit Schilddrüsen. (Myxedema following bronchocele cured by thyroid therapy.)** *Phil. Med. News. 22. April 1893.*

A. berichtet über eine Frau von 32 Jahren mit ausgesprochenen Symptomen von Myxödem: Trockenheit der Haut; Ausfallen der Haare; Fehlen der Perspiration; Schwellung von Händen und Füssen; grosse Schlaffheit und Mangel an Energie; Klagen über Kälte; die Sprache war nicht afficirt, der Appetit schlecht, die Verdauung oft gestört, das Gedächtniss geschwächt; die Menstruation regelmässig. In der Kindheit hatte die Frau einen einseitigen Kropf gehabt, der unter einer Behandlung mit Jodtinctur verschwunden war. Die Mutter der Pat. hatte eine ähnliche Schwellung am Halse, aber niemals Myxödem gehabt. A. injicirte der Pat. subcutan 1,2 ccm eines besonders präparirten Schilddrüsensaftes zuerst alle 3 Tage, später zweitägig und dann täglich. Später liess er geröstete Schilddrüsen nehmen und setzte dabei die Injectionen nur einen Tag um den andern fort. Im Ganzen wurden innerhalb 33 Tagen 15 Injectionen gemacht und drei Drüsen gegessen. Gleichzeitig nahm die Pat. 3 mal am Tage eine Mixtur von Arsen und Eisen. Die Besserung setzte sofort beim Beginn der Behandlung ein und machte schnelle Fortschritte. LEFFERTS.

159) **Edward Carmichael** (Edinburgh). **Cretinismus behandelt mit Subcutaninjectionen von Schilddrüsenextract und Verfütterung desselben. (Cretinism treated by the hypodermic injection of thyroid extract and by feeding.)** *Lancet. 18. März 1893.*

Klinischer Bericht über einen Fall von Cretinismus bei einem etwa 6jährigen Kinde, das C. mit Schilddrüsenextract behandelte. Die beigegebenen Photogramme illustriren den ausserordentlichen Erfolg der Cur.

MACKENZIE-JOHNSTON.

160) **W. W. Ireland** (Edinburgh). **Ueber sporadischen Cretinismus. (On sporadic cretinism.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1893.*

J. beschreibt die Krankheit und berichtet über die Resultate der Schilddrüsenverfütterung. P. MC BRIDE.

161) **John Thomson** (Edinburgh). **Ein Fall von sporadischem Cretinismus durch Verfütterung von Schilddrüsen behandelt. (A case of sporadic cretinism treated by thyroid feeding.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1893.*

Ein gewisser Grad der Besserung ist bereits durch diese Therapie erzielt worden; die Haut, die früher rapide anschwoll, ist glatter geworden.

P. MC BRIDE.

162) **Byron Bramwell** (Edinburgh). **Klinische Symptome des Myxoedems. (Clinical features of myxoedema.)** *Edinburgh Med. Journ. Mai 1893.*

Verf. trägt die charakteristischen Züge des Myxödems zusammen und stellt sie den Symptomen der Akromegalie und der Basedow'schen Krankheit gegenüber. Von besonderem Interesse sind folgende Punkte:

1. die relative Häufigkeit dieser Affection in Edinburgh, Dundee und Nordengland,
2. die gelegentliche Desquamation, die man nach Verfütterung von Schilddrüsen beobachtet;
3. die Milchsecretion während der Verfütterung der Drüsensubstanz.

P. MC BRIDE.

163) **G. R. Murray** (Newcastle). **Die Behandlung des Myxoedems und des Cretinismus. (The treatment of myxoedema and cretinism.)** *Lancet. 13. Mai 1893.*

Ein Resumé der gebräuchlichen Methoden der neuen Schilddrüsentherapie mit Bemerkungen über einen in Behandlung befindlichen Fall.

MACKENZIE-JOHNSTON.

164) **C. J. B. Johnson. Myxoedem. (Myxoedema.)**

165) **Saundby** (Birmingham). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *Brit. Med. Journal. 6. Mai 1893.*

Vorstellung von Pat. mit Myxödem in der Midland Med. Society und der Birmingham Branch der Brit. Med. Association. MACKENZIE-JOHNSTON.

166) **Redactionelle Notiz. Schilddrüsenextract bei Myxoedem. (Thyroid extract in myxoedema.)** *N. Y. Med. Record. 13. Mai 1893.*

167) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung des Myxoedems. (The treatment of myxoedema.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Mai 1893.*

Hinweise auf die Veröffentlichungen im British Med. Journal und im Edinburgh Med. Journal über die Myxödemtherapie. LEFFERTS.

168) **Thomson. Ein Fall von Myxoedem, der im Verlauf der Behandlung mittelst Schilddrüsensaft letal endigte. (A case of myxoedema that terminated fatally in the course of thyroid treatment.)** *Phil. Med. News. 27. Mai 1893.*

Es ist derselbe Fall, den Th. schon im Edinburgh Med. Journal, p. 1014, No. 145 publicirt hat. LEFFERTS.

169) J. K. Berton. **Ein Fall von Myxoedem in Mentone behandelt mit Injectionen von Schafsschilddrüsen. (Case of myxoedema treated by injection of sheeps thyroid at Mentone.)** *Dublin Journ. of Med. Scienc. Mai 1893.*

Krankengeschichte eines Falles, in dem eine erhebliche Besserung erzielt wurde.

P. MC BRIDE.

170) **William Beatty. Myxoedem. (Myxoedema.)** *Lancet. 27. Mai 1893.*

B.'s Mittheilungen kamen in der Royal Academy of Medecine in Ireland zur Verlesung; Little und Handtrey Benson theilten ebenfalls Fälle mit.

MACKENZIE-JOHNSTON.

171) **Robert Saundby** (Birmingham). **Ein Fall von Myxoedem mit Schilddrüsenextract behandelt. (Case of myxoedema treated by thyroid extract.)** *Birmingham Med. Review. Mai 1893.*

Ausführliche Krankengeschichte des Falles, der den Nutzen der Schilddrüsen-Behandlung illustrirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

172) **W. Bealty** (Dublin). **Ein Fall von Myxoedem mit Injectionen von Schafsschilddrüsenextract erfolgreich behandelt. (A case of myxoedema successfully treated by injections of the extract of sheeps thyroid.)** *Dublin Journal of Med. Science. Mai 1893.*

Der Fall zeigte eine ausgesprochene Besserung; zwei der Injectionen führten zur Bildung von Abscessen. B. berichtet noch über einen zweiten Fall, in welchem folgende üble Erscheinungen im Anschluss an die Injectionen verzeichnet wurden: 1. epileptische Anfälle und 2. schwere Lumbalschmerzen, sowie rapide Anschwellung der Oberlippe, des Gesichts und der Augenlider.

P. MC. BRIDE.

g. Oesophagus.

173) **J. R. Logan. Ein Fall von congenitalem Verschluss der Speiseröhre. (Case of congenital occlusion of the oesophagus.)** *Liverpool Medico-Chirurg. Journal. Juli 1893.*

Bei einem mit 7 Monaten geborenen Kind fand sich der untere Theil des Oesophagus in der Höhe des 6. Trachealrings in einen muskulösen soliden oder doch fest soliden Strang verwandelt. Nach unten zu erweiterte sich dies feste Band wieder und erreichte etwa 2 Zoll über dem Magen normales Caliber.

P. MC BRIDE.

174) **Finney. Gastrotomie zur Entfernung eines Pfirsichkerns aus der Speiseröhre. (Gastrotomy for the removal of a peachstone from the oesophagus.)** *Phil. Med. News. 18. Februar 1893.*

Ein 49jähriger Farmer strauchelte und fiel beim Essen eines Pfirsichs, wobei er den Kern zusammen mit einem Stück der Frucht verschluckte. Er hatte

gleich das Gefühl, als ob der Bissen sich halbwegs in der Speiseröhre festsetze. Es wurden dann unmittelbar nach dem Unfall ausgedehnte und forcirte, aber erfolglose Versuche zur Entfernung des Fremdkörpers gemacht. Die nächsten 4 Tage konnte der Mann nichts schlucken ausser etwas Wasser, von dem er auch nur etwa $^1/_2$ Theelöffel auf einmal nehmen konnte.

Mit einer dünnen, mit Elfenbeinspitze versehenen Schlundsonde stellte F. 12,3 Zoll hinter den Schneidezähnen ein undurchgängiges Hinderniss fest, dasselbe liess sich mit den Bougies nicht von der Stelle bringen. Am nächsten Tage wurde der Pat. narkotisirt; man konnte dabei den Verschluss passiren, ohne indess das Hinderniss von seinem Platze zu entfernen. Alle möglichen Sonden wurden versucht, die dünnsten und stärkere, weiche und solide; ohne besseren Erfolg. Es wurde darum zur Gastrotomie geschritten und der Magen zwei Zoll weit eröffnet. Jedoch auch von hier aus liess sich weder mit dem Finger noch mit verschiedenen Instrumenten, die versucht wurden, der Fremdkörper dislociren. Schliesslich gelang es vom Magen aus in den Oesophagus ein Rohr einzuführen, das aus dem Munde wieder herauskam. An dieses wurde ein fester Seidenfaden geknüpft, der einen Schwamm mit einem zweiten Faden trug. Das Durchziehen des Schwamms dislocirte endlich den Stein, den man dann mit dem Finger einhaken und herausziehen konnte. Die Wunde wurde geschlossen, der Pat. war nach 2 Wochen geheilt.

LEFFERTS.

175) **D. G. Woodvine. Neue Vorschläge zur Behandlung der Oesophagusstenose. (New-suggestions on the treatment of constriction of the oesophagus.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngol. Juli 1893.*

W. schlägt für die Ernährung der Patienten vor, Rind- oder Hammelfleisch fein zu hacken, leicht durchzufeuchten und zu salzen; dann lässt man es in geeigneter Form gefrieren und führt es an eine Sonde angeschraubt in den Oesophagus bis hinter die Verengerung, wo man es abschraubt und in den Magen gleiten lässt. Auf diese Weise kann man, bis die Strictur hinreichend erweitert ist, auch ausser der flüssigen Diät dem Pat. etwas Nahrung zuführen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

176) **P. Brown. Organische Oesophagusstrictur. (Organic stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Journal. 26. August 1893.*

Obgleich von manchen Seiten angenommen wird, dass die fibröse Strictur des Oesophagus nur das erste Stadium carcinomatöser Erkrankung darstelle, scheint es doch, als ob solche rein fibrösen Fälle vorkommen; in der Literatur der letzten Jahre wenigstens findet sich eine ganze Reihe von Fällen, in denen ersichtlich die Tendenz zur Krebsbildung nicht bestand und doch eine Aetiologie für die vorhandene fibröse Strictur nicht auffindbar war.

B. stellt die Frage so: Wenn die nicht-traumatische Strictur der einen Schleimhaut — der Urethra — sehr selten, wenn überhaupt jemals zur malignen wird, warum soll dann die nicht traumatische Strictur einer anderen Schleimhaut — der Speiseröhre — stets maligne sein? In der Literatur der letzten Jahre sind nur 49 Fälle von Oesophagusstenose verzeichnet; davon sind 29 als maligne,

13 als fibröse, 2 als traumatischen Ursprungs, 1 als syphilitisch, 2 ohne Classificirung und 2 als paralytisch angegeben. Ein Fall von dauernder Heilung einer malignen Strictur ist nicht erwähnt, während die einzigen Fälle, in denen die Behandlung unmittelbar den letalen Ausgang im Gefolge hatte, solche waren, bei denen die Gastrotomie gemacht worden ist.

B. theilt selbst 3 Fälle von Oesophagusstrictur mit, die er mittelst Dilatation behandelt hat; der eine, unzweifelhaft maligner Natur, wurde trotzdem erheblich gebessert; der zweite, eine idiopathische fibröse Strictur, schien vollständiger Heilung entgegenzugehen; und der dritte, von zweifelhaftem Charakter, besserte sich ebenfalls bedeutend. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

177) **E. R. Axtell. Oesophaguscarcinom. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Med. News. 12. August 1893.*

Die primäre maligne Erkrankung des Oesophagus ist relativ selten. Von 9118 Fällen von carcinomatöser Erkrankung, die Tanchon zusammenstellte, betrafen nur 13 den Oesophagus.

Butlin (London) konnte 1882 nur 59 Fälle von Oesophaguscarcinom zusammenbringen und sämmtliche Fälle, die mitgetheilt sind, dürften kaum die Zahl 200 erreichen.

A.'s Fall betrifft einen 60jährigen Mann; die Geschwulst der Speiseröhre war eine primäre; es kam zu keiner secundären Localisation, die Erkrankung blieb auf den Oesophagus beschränkt. Schmerzen hatten in dem Falle nicht bestanden, ebensowenig Blutbrechen. Der Kranke starb an progressiver Cachexie 13 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) v. Navratil (Pest). Thierversuche über die Kehlkopfinnervation und über den N. accessorius Willisii. Ungarisches Archiv für Medicin. 1894.

Zunächst betont N., dass durch seine älteren Versuche und die vieler anderer Autoren festgestellt sei, dass der Musculus crico-thyreoideus nicht blos zur Spannung, sondern auch zur Einwärtsbewegung des Stimmbandes diene; daher werde auch das in Folge von Posticuslähmung in der Medianebene stehende Stimmband sofort in Cadaverstellung übergehen, wenn wir den Nerv des Musc. crico-thyreoideus durchschneiden (?). Daher wäre diese Durchschneidung bei doppelseitiger Posticuslähmung zu versuchen.

Behufs der Frage der Betheiligung des Nervus accessorius Willisii an der Kehlkopfinnervation, durchtrennte Navratil an 6 grossen Hunden alle im Wir-

belcanale verlaufenden Fasern desselben und konnte constatiren, dass diese Fasern nichts mit dem Kehlkopfe zu thun hatten; denn die Stimme und die Beweglichkeit der Stimmbänder blieb ungeschädigt. Dann durchschnitt er bei 5 Hunden den Accessorius in der Schädelhöhle, bevor er das Foramen jugulare betritt; auch jetzt zeigte sich kein Effect in Bezug auf Beweglichkeit der Stimmbänder. Daher treten die Kehlkopffasern erst in und unter dem Foramen jugulare zum Nervus accessorius und stammen vom Vagus.

Claude Bernard und Bischoff erhielten andere Resultate, weil sie den Nervus accessorius erst an der Durchtrittsstelle aus dem Foramen jugulare ausrissen, wo er also schon Fasern vom Vagus erhalten hatte. O. Chiari.

---

b) Henry Mendel (Paris). Ueber secundäre Laryngitis syphilitica. (Etude de la laryngite syphilitique secondaire.) Thèse de Paris. 1898.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die secundäre Laryngitis syphilitica ist ziemlich häufig. Sie kommt 3—6 Monate nach der ursprünglichen Läsion vor. (In einem der vom Verf. beobachteten Fälle brach sie erst nach 3 Jahren aus.)

2. Die Krankheit kann unter 4 verschiedenen Formen erscheinen:

a) Das Erythema, dessen specifische Natur nur durch die Chronicität des Verlaufes und das Fehlen von Husten und Sekretion vermuthet werden kann.

b) Die „Plaques muqueuses“, die in mehr als der Hälfte der Fälle zur Beobachtung kommen. Diese Läsionen bieten ausserhalb der Stimmbänder ihr gewöhnliches Aussehen dar; auf den letzteren aber erscheinen sie als Flecken oder Streifen von einer matten weissen Farbe. Diesen „Plaques“ geht immer (wenigstens auf den Stimmbändern) das Erythema voraus. Für diese congestive und geschwürartige die Totalität der Stimmbänder ergreifende Läsion schlägt Verf. den Namen „Chorditis specifica“ vor.

c) Die „Papules“ werden meistens auf dem freien Rande der Stimmbänder beobachtet. Unter dem Einfluss der Behandlung werden sie rasch zum Verschwinden gebracht. Einige tragen auf ihrer Spitze ein „Syphilide erosive“.

d) Die Hyperplasie der Mucosa, die einen Theil oder die Totalität des Innern des Kehlkopfes ergreifen kann und sich nur als Folge eines langen Vorhandensein der vorher erwähnten Läsionen entwickelt.

3. Die Diagnose dieser specifischen Laryngitis bietet gewöhnlich keine Schwierigkeiten. Im Falle des Zweifels würde sie durch das Vorhandensein anderer specifischer gleichzeitiger Läsionen unterstützt.

4. Meistens geht die Dauer der Krankheit nicht über 6 Monate hinaus; länger dauern die schweren Fälle und enden häufig mit einer beschränkten oder umfangreichen Hyperplasie der Schleimhaut. In den meisten Fällen ist der Ver-

lauf der Krankheit ein günstiger; doch ist die Möglichkeit von Recidiven in Betracht zu ziehen.

5. So bedeutend die allgemein specifische Behandlung auch ist, so ist die locale Behandlung doch unentbehrlich. Für letztere empfiehlt Verf. den Gebrauch starker Lösungen von Argentum nitricum. Luc.

---

c) Gerber. **Spätformen hereditärer Syphilis in den oberen Luftwegen.** Wien und Leipzig. Wilhelm Braumüller. 1894.

In einer zusammenfassenden „Klinischen Studie", die auf einem reichen Material eigener Beobachtungen sich aufbaut, behandelt G. die gesammten Affectionen der oberen Luftwege, die auf hereditär-luetischer Basis sich geltend machen. Kommt der Verf. auch über die von Fournier in seinem bekannten Werke (De la syphilis héréditaire tardive. Paris. Masson 1886) geschaffenen Grundlagen nicht wesentlich hinaus, so ist seine Schrift doch bei der hervorragenden praktischen Bedeutung des Themas, das in der deutschen Literatur eine monographische Bearbeitung noch kaum gefunden hat, als werthvoll und mit Dank zu begrüssen.

Unter Lues hereditaria tarda will G. jede ererbte Syphilis — im Gegensatz zur erworbenen — verstanden wissen, die sich lange nach der Geburt manifestirt, gleichzeitig ob dieser Manifestation früher andere vorausgegangen sind, oder nicht. Das Auftreten der Lues tarda fällt vorzugsweise in das Pubertätsalter, frei von ihr ist aber kein Alter, es liegen in der Literatur Beobachtungen vom 4.—65. Lebensjahre vor. Im Allgemeinen betreffen die tardiven Affectionen häufiger das weibliche Geschlecht; sie haben meist tertiären Charakter. G. theilt die Erscheinungsformen der Spätlues in:

A. Affectionen der Nase, und zwar:

1. Rhinitis hyperplastica (Coryza specifica),
2. Rhinitis atrophicans (Ozaena),
3. Rhinitis exulcerans (Lues narium).

Dabei begleiten die hereditär-syphilitischen Processe oder folgen auf sie häufig äussere Difformitäten der Nase: Stumpfnase, Kneifernase, Sattelnase, Lorgnettennase. Die Nasenscheidewand ist die Prädilectionsstelle des syphilitischen Processes. Die sogen. „genuine Ozaena" beruht sehr häufig auf syphilitischer Basis; die Ozaena ist besonders im Pubertätsalter oft der einzige Ausdruck der hereditären Syphilis, der oft keinerlei andere Symptome vorausgegangen sind. Die scrophulöse Constitution, die hier so häufig als Ursache angeschuldigt wird, wird von manchen Seiten entschieden ohne Grund zu sehr in den Vordergrund gedrängt. Freilich giebt G. zu, dass die Rhinitis atrophicans foetida sowohl, wie die sie so häufig begleitenden Formveränderungen der Nase nicht für hereditäre Lues pathognomonisch sind.

B. Affectionen des Rachens.

1. Frühformen: a) Erythem (ev. syphilitischer Catarrh),
b) Plaques muqueuses.
2. Spätformen: a) Gummöse Infiltration.
b) Gummiknoten.

Prädilectionsstelle ist das Gaumensegel, besonders dessen Mitte; häufige Ausgänge der Erkrankung sind die längsovale Perforation und Adhäsionen zwischen Gaumen oder Zungengrund und hinterer Rachenwand.

C. Affectionen des Kehlkopfs.

1. Frühformen: a) Erythema laryngis (ev. syphilitischer Catarrh),
b) Papulöses Syphilid.
2. Spätformen: a) Diffuses Infiltrat,
b) Gummöse Infiltration.

Prädilectionsstelle ist die Epiplottis; man bekommt die Affection meist erst in den späteren Stadien des geschwürigen Zerfalls oder der secundären Hyperplasie zu Gesicht.

Gewöhnlich sind Kehlkopf und Rachen zusammen, häufig gleichzeitig auch die Nase, seltener einer dieser Theile für sich erkrankt.

Bei dem oft wenig charakteristischen objectiven Befunde ist in jedem Falle das grösste Gewicht auf die Anamnese zu legen. Die Diagnose auf Syphilis wird gestützt durch

1. Aborte der Mutter,
2. Kindersterblichkeit in der Familie,
2. Residuen von Syphilis bei den lebenden Geschwistern.

Ganz besonders wichtig aber ist der Allgemeinstatus des Patienten selbst; hier kommen alle die von Fournier zusammengestellten Merkmale in Betracht: die Constitution, der Habitus, die Gesichtsbildung; die psychische Entwickelung; die Bildung des Schädels und der Nase, des Rumpf- und Extremitätenskeletts: Narben an Haut und Schleimhäuten; Affectionen des Auges, des Gehörs; Missbildungen der Zähne u. s. w.

Die Prognose der luetischen Späterscheinungen in den oberen Luftwegen ist nie ohne Bedenken; häufig folgt dem scheinbar harmlosen Beginn eine plötzlich einsetzende Wendung zum Schlechteren. Die Prognose ist stets ernster als bei den entsprechenden Affectionen der acquirirten Lues.

Die Therapie, die allgemein und local einzugreifen hat, muss stets energisch und vor allem rasch einsetzen; sie ist in manchen Fällen bereits bei noch fraglicher Diagnose einzuleiten.

Wir haben die wichtigsten Punkte aus dem Resumé, mit dem der Verf. seine Abhandlung schliesst, hier wieder gegeben, nicht als ob sie den Inhalt der lesenswerthen Arbeit erschöpften, sondern nur um zur Lectüre des Originals selbst anzuregen. F. Klemperer (Strassburg).

---

d) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. December 1893.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon (Vice-Präsident).

Anthony Bowlby: Perichondritis des Kehlkopfs.

Der Patient war ein 50jähriger Kutscher, der seit acht Monaten an Halsschmerzen gelitten hatte. Vor drei Monaten bildete sich ein Abscess über dem Ringknorpel, welcher spontan aufbrach. Vor 25 Jahren Syphilis. Gegenwärtig Verdickung und Verhärtung der Weichtheile über dem Kehlkopf, vergrösserte Drüsen unter dem Kinn und in der Submaxillargegend. Kehlkopf innen mit Eiter bedeckt, Epiglottis geschwollen und ulcerirt; in der Regio subglottica links weiche rothe Granulationsmassen, allgemeine Schwellung der Kehlkopfschleimhaut mit theilweiser Ulceration.

In der Discussion sprachen Drs. Scanes Spicer und Dr. Dundas Grant ihre Meinung dahin aus, dass es sich um tuberculöse Perichondritis handle. Grant berichtete von einem ähnlichen Fall.

Felix Semon: Zwei Fälle syphilitischer Kehlkopfstenose.

1. 55jährige Frau. Primäre Infection viele Jahre zurück datirend, Kehlkopfcomplication mehr als 12 Jahre; 1883 Tracheotomie wegen stetig zunehmender Dyspnoe; hat seitdem stets die Canüle getragen. Viele Jahre hindurch waren die Giessbeckenknorpel stark verdickt und fast unbeweglich; die Glottis auf ein kleines Dreieck reducirt, welches von den Innenflächen der Arytaenoidknorpel und der hinteren Wand des Kehlkopfs gebildet wurde, während weiter nach vorn die Stimmbänder dicht an einander lagen; alle diese Jahre hindurch absolute Aphonie. Von Zeit zu Zeit oberflächliche Ulceration in verschiedenen Theilen des Kehlkopfs, welche durch Jodkali stets schnell zum Stillstand gebracht wurde. Innerhalb der letzten drei Wochen vor der Demonstration ohne jede wahrnehmbare Ursache überraschende Verbesserung in jeder Beziehung, d. h. bedeutende Erweiterung der Glottis, Verminderung der Schwellung der Giessbeckenknorpel mit Verbesserung ihrer Beweglichkeit, tönende Stimme statt der früheren Aphonie, so dass jetzt berechtigte Hoffnung vorliegt, die Canüle ohne weitere Eingriffe entfernen zu können.

2. Dieser Fall war bereits von Mr. Stabb der Clinical Society demonstrirt (vergl. Centralblatt laufender Jahrgang S. 203). Noch immer starke Verengerung der Glottis, aber verhältnissmässig gute Stimme.

Felix Semon: Acutes Oedem gefolgt von Haematom der linken Kehlkopfhälfte und transitorische Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes nach einer Verletzung beim Fussballspiel.

Der durch eine Reihe colorirter, von dem Pat. selbst angefertigter Abbildungen illustrirte Fall betraf einen 32jährigen Arzt, einen früheren Assistenten

des Vortragenden, der 20 Tage vor der Demonstration, um 3½ Uhr Nachmittags beim Fussballspiel einen Stoss gegen die linke Kehlkopfhälfte erlitten hatte. Sofortige Aphonie, aber kein Schmerz und keine Dyspnoe. Der Patient reiste sofort nach London, um den Vortragenden zu consultiren, und saugte während der Reise immerwährend Eisstückchen. Als ihn der Vortragende um 7 Uhr Abends sah, bestand enormes Oedem der ganzen linke Kehlkopfhälfte ausser der Epiglottis. Die Stimme war völlig aphonisch, und nunmehr bestand starker Schmerz beim Schlucken, aber keine Aphonie. Auch hatte der Patient angefangen, leicht blutig gefärbten Schleim auszuwerfen. Es konnte keine Fractur der Knorpel resp. Crepitation entdeckt werden. Der Vortragende sandte den Patienten sofort in's St. Thomas Hospital und verordnete vier Blutegel auf die linke Kehlkopfhälfte, eine Leiter'sche Röhre mit Eiswasser gefüllt um den Hals, Fortsetzung des Saugens von Eisstückchen innerlich. Alles wurde für Intubation resp. Trachotomie bereit gehalten. Der Patient verlebte eine ruhelose Nacht und expectorirte eine beträchliche Quantität blutig gefärbten Schleims. Die Temperatur aber stieg niemals auf mehr als 38°.

Am Tage nach dem Unfall zeigte sich Mittags die linke Kehlkopfhälfte in einen lebhaft rothgefärbten Tumor verwandelt, dessen Umfang jedoch etwas geringer war, als der des am vorhergehenden Abend gesehenen Oedems. Dagegen war nunmehr auch die linke Hälfte der Epiglottis und der linke Sinus pyriformis enorm geschwollen und geröthet. Fortsetzung der antiphlogistischen Behandlung. Am folgenden Tage war der Umfang der Geschwulst etwa der gleiche, die Färbung war aber nunmehr purpurroth. Noch immer complete Aphonie, keine Dyspnoe. Leichte stechende Schmerzen in der linken Seite des Halses. Fortsetzung der Eisumschläge und Jodkali 1,5 pro die. Fünf Tage später war die Farbe der Geschwulst dunkelblau, ihr Umfang etwas geringer, der Patient konnte mit Anstrengung Töne produciren. Ein Theil des linken Stimmbands war nunmehr sichtbar. Dasselbe war intensiv congestionirt und stand bewegungslos in der Mittellinie. Fortsetzung der Jodkalibehandlung, die Leiter'sche Röhre wurde weggelassen. Weitere fünf Tage später bedeutende Verbesserung der Stimme, fast vollständiges Verschwinden der Geschwulst, linkes Stimmband noch immer intensiv geröthet und unbeweglich in der Mittellinie, am linken Taschenband mehrere Ecchymosen. Dem Jodkali wurde Liquor strychniae, gutt. 3 pro die zugesetzt. Massage des Halses. Am Tage vor der Demonstration wird eine leichte Verbesserung der Beweglichkeit des linken Stimmbandes constatirt, dagegen ist der vordere Theil des linken Taschenbandes etwas mehr geschwollen und bedeckt den correspondirenden Abschnitt des Stimmbandes. In der Mitte des Taschenbands ein grosses Blutextravasat. Keine subjectiven Beschwerden.

Der Vortragende erwähnte gleichzeitig eines anderen Falls von directer Kehlkopfverletzung nach einem Fussballunfall, der dem beschriebenen in manchen Beziehungen ähnlich war, sich aber andererseits von ihm dadurch unterschied, dass die Contusionssymptome die der verletzten Seite gegenüberliegende Kehlkopfhälfte betrafen; so dass man die Erscheinungen nur als ein Beispiel von Contrecoup betrachten konnte. Er hielt ein derartiges Ereigniss für äusserst selten und schwer zu erklären, die Thatsache selbst aber war unzweifelhaft.

Scanes Spicer: Stenose des Pharynx mit anderen Läsionen des Gaumens und Rachens als Resultat von Ulceration und späteren Adhäsionen bei einer syphilitischen Patientin.

Die Kranke war ein 31jähriges Dienstmädchen, die im Jahre 1884 an secundären Haut- und Schleimhauterscheinungen und seitdem ohne Unterlass an Halssymptomen gelitten hatte. Im Jahre 1892 hatte Mr. Batchelor (Staines) Ulceration der Fauces und Dysphagie nebst starker Verengerung des Schlundes constatirt. Unter Jokali verbesserte sich die Ulceration schnell, dagegen nahm die Stenose und Dysphagie zu. Mr. B. sandte die Kranke im Januar 1893 nach der Halsabtheilung von St. Mary's Hospital. Sie konnte der Zeit gewöhnliche Speisen nur nach langem Kauen geniessen, und bisweilen regurgirte die feste Nahrung durch die Nase, während Flüssigkeiten sogar gewöhnlich diesen Weg nahmen. Der Isthmus faucium war durch Adhäsionen der vorderen Gaumenbögen mit der Zunge dermassen verengert, dass der Canal nur für einen gewöhnlichen Bleistift durchgängig war. Der weiche Gaumen war perforirt, und der hinteren Pharynxwand adhärent, die Uvula fast verschwunden. Ulceration, Athembeschwerden und Stimmänderung nicht vorhanden. Es wurde beabsichtigt, das verengerte Narbengewebe mit dem galvanocaustischen Messer zu spalten und den Canal mit Bougies offen zu halten; ehe es aber zur Ausführung dieses Entschlusses kam, brach das Narbengewebe in plötzlich einsetzender Ulceration spontan und rapid nieder und eine gute Oeffnung resultirte, welche bequemes Schlingen zuliess. Diese Verbesserung hielt neun Monate an. Im November 1893 aber erschien die Patientin auf's Neue mit der Klage, dass die Schlingbeschwerden wieder zunähmen, und bei der Untersuchung zeigte sich der Isthmus wiederum bedeutend verengert, während gleichzeitige Ulceration der Schlundwände vorhanden war. Der Vortragende bat um Rath: 1. Was die geeignetste Methode sei, die Stenose der Fauces in diesem Falle radical zu behandeln? 2. Ob die Perforation des Gaumens und die Adhäsionen zwischen letzterem und der hinteren Rachenwand gleichzeitig mit der vorderen Stenose oder später behandelt werden sollten, und falls letzteres vorzuziehen sei, welche Methode der Behandlung solcher Stenosen bisher die besten Resultate gegeben hatte?

Dem Vortrage folgte eine lebhafte Discussion, an welcher sich die Herren Dundas Grant, Creswell Baber, Charters Symonds, Clifford Beale, Bronner, Bennett, William Hill und der Vortragende betheiligten. Die Meinungen gingen hinsichtlich der Räthlichkeit einer Operation auseinander, doch neigte sich die Majorität der Sprecher entschieden der Ansicht zu, dass ausser in Fällen von bedenklicher Schling- oder Respirationsbehinderung, man wegen der starken Tendenz zur vermehrten Narbencontraction in solchen Fällen am besten keine Operation vornähme.

Dundas Grant: Verschluss einer Choane.

Die Patientin, welche seit drei Jahren an Taubheit des rechten Ohres gelitten hatte, zeigte bei der Untersuchung schleimige Verstopfung des rechten Nasenlochs. Bei der rhinoskopischen Untersuchung erwies sich die rechte Choane

vollständig durch eine narbige Verwachsung geschlossen. Es liess sich nicht ermitteln, dass eine ulcerative Krankheit oder Verletzung jemals vorgekommen war. und der Verschluss war aller Wahrscheinlichkeit nach congenital. Grant perforirte die Membran mittelst eines Bistouri und führte eine Drainröhre ein, die er drei Tage in situ beliess. Unglücklicherweise folgte acute Otitis mit Perforation des Trommelfells, von welcher die Patientin jedoch genas. Nach Entfernung des Drainröhres schloss sich die Oeffnung in der Choane schnell, und die Operation musste wiederholt werden. Gegenwärtig hat die Patientin gelernt, selbst eine Vulcanitröhre in die Perforation einzuführen, und trägt eine solche bei Nacht. Der Fall war vor der Hunterian Gesellschaft im November 1891 demonstrirt worden.

In der Discussion meinte Mr. Creswell Baber, dass die Tendenz zur Wiederverwachsung in diesem Falle sich vielleicht aus dem Alter der Patientin erkläre. Mr. Symonds war der Ansicht, dass man in solchen Fällen besser thäte, eine gehörige Oeffnung mittelst Entfernung eines Theils vom hinteren Rande des Vomer anzulegen. In einem Falle habe er das membranöse Centrum der Verwachsung mit dem Messer incidirt, die Oeffnung mit der Säge erweitert und dann durch zwei horizontale Schnitte ein Stück des Septums isolirt und entfernt. Keine Nachbehandlung war nöthig gewesen, und der Erfolg ein vollständiger.

Dundas Grant: Kehlkopfgeschwulst.

G. zeigte eine 73jährige unverheirathete Nähterin, die an einer unregelmässigen, breitbasischen, sessilen Geschwulst im vorderen Theile des Kehlkopfs litt. Der Fall war complicirt durch eine Schilddrüsengeschwulst des rechten Lappens, welche die Trachea auf die linke Seite hinüberdrängte und einige Dyspnoë verursachte. Grant hielt die Geschwulst für ein diffuses Papillom, das sich im Laufe der letzten drei bis vier Jahre entwickelt hatte, und wollte versuchen, sie mittelst einer Sicherheits-Kehlkopfzange theilweise zu entfernen und mikroskopisch zu untersuchen.

A. Bronner demonstrirte eine neue schneidende Zange für die Entfernung von Nasenpolypen.

Charles A. Parker: Stein des weichen Gaumens.

Der Vortragende zeigte eine Zeichnung des weichen Gaumens vor Entfernung des Steins und letzteren selbst. Der Patient, ein 29jähriger Mann, war am 17. October 1893 unter Beobachtung gekommen. Er hatte sein ganzes Leben hindurch mehr oder weniger am Halse gelitten, und war vor drei Jahren wegen Taubheit an adenoiden Vegetationen operirt worden. Danach kurze Erleichterung. Seit den letzten sechs bis acht Monaten hatte er jedoch konstant an Schmerzen und Beschwerden beim Schlingen gelitten, sowie an einem scharfen stechenden Gefühl im Halse, das sich bei der geringsten Erkältung bedeutend verstärkte. Keine Familiengeschichte von Gicht oder Rheumatismus. Zur Zeit der Untersuchung klagte er über starkes Wundgefühl im Halse, besonders beim Schlingen, ferner über scharfen Schmerz, der nach dem rechten Ohr hin aus-

strahlte, und einige Taubheit im rechten Ohr. Bei der Inspektion des Mundes zeigte sich die rechte Hälfte des weichen Gaumens stark geschwollen und entzündet, dieselbe ragte nach vorn in die Mundhöhle hinein, und fühlte sich bei der Digitalexploration äusserst hart und fest an. Zur Rechten der Basis der Uvula sah man etwas, das genau wie ein schmutziges, eiterndes Geschwür aussah und sich eine beträchtliche Distanz nach hinten erstreckte. Die rechte Hälfte des Nasenrachenraumes war vollständig obstruirt, und die Geschwulst drückte gegen die rechte Tuba Eustachii. In der rechten Seite des Halses fanden sich einige vergrösserte Lymphdrüsen. Der Patient theilte dem Vortragenden mit, dass bereits mehrere Aerzte die Affektion für ein indolentes Geschwür erklärt hätten. Bei weiterer Untersuchung stellte sich aber heraus, dass dasjenige, was für ein Geschwür gehalten worden war, die freie Oberfläche eines Steins repräsentirte, dessen Rest in der Substanz des weichen Gaumens eingebettet war, und zwar anscheinend in einem Cul de sac zwischen den Muskelfasern selbst lag. Am 21. October wurde der Patient anaesthesirt und der Stein entfernt.

Das Hauptinteresse des Falles lag nach Ansicht des Vortragenden in der Situation des Steins. Neubildungen gleicher Grösse habe man verschiedenen Berichten zufolge in den Krypten der Tonsillen gefunden; es war dem Vortragenden aber nicht bekannt, dass jemals in dieser Gegend ein Stein beobachtet worden sei. Der Stein wog 54 g, und Mr. Lake, der ihn untersucht hatte, berichtete darüber wie folgt: „Er war hart, liess sich aber zerbrechen und pulverisiren und löste sich zum grössten Theile in Acidum hydrochloricum dilutum auf; der unlösliche Rest bestand aus Epithelialdébris, Sporen und Cladothrix-Mycelium. Die Erdensalze bestanden grössten Theils wenn nicht ausschliesslich, aus Carbonat- und Phosphat-Verbindungen von Kalk und Kali. Ueber Platinum erhitzt behielt der Stein seine Form, wurde aber porös in Folge der Zerstörung seiner animalischen und vegetabilischen Bestandtheile.“

In dem Lennox Browne'schen Handbuche sei auf die Autorität von Grüning angegeben, dass alle tonsillären und pharyngealen Concretionen parasitischen Ursprungs seien und aus Leptothrix-Elementen hervorgingen. Auch im vorliegenden Falle schien der Stein unzweifelhaft parasitischer Natur zu sein; doch meinte Mr. Lake, dass der constituirende Parasit der Cladothrix, nicht der Leptothrix sei.

In der Discussion sprach Dr. Felix Semon über die Seltenheit eines derartigen Steins; er habe niemals ein Concrement in dieser Gegend gesehen oder von einem solchen gehört. S. war geneigt, der vom Vortragenden aufgestellten Theorie beizutreten, dass der Stein ursprünglich einer Verletzung des weichen Gaumens, möglicherweise bei der vorgenommenen Operation seinen Ursprung verdankte. — Dr. Ball sprach die Hypothese aus, dass der Stein ursprünglich in einer Krypte der Tonsillen gebildet worden sei, und allmälig entlang dem submucösen Gewebe des weichen Gaumens an die Stelle gewandert sei, wo man ihn gefunden habe. — Mr. Lake erwähnte des gelegentlichen Vorkommens von kleinen Massen adenoiden Gewebes im weichen Gaumen, innerhalb welcher möglicherweise die Bildung eines Concrementes begonnen haben möge. — Dr. Scanes Spicer frug, ob eine Beziehung zwischen der Lage des Calculus und den kleinen

Oeffnungen bestände, welche man bisweilen zur Rechten und Linken der Medianlinie in dem Verbindungstheile des weichen und harten Gaumens sehe. Die genaue Bedeutung dieser Oeffnungen sei ihm unbekannt; dieselbe sähen aber aus, als waren sie die Mündungen kleiner secernirender Drüsen. — Dr. William Hill frug, ob der Stein irgendwo nahe der Fossa epitonsillaris entfernt worden sei, welche bisweilen sehr gross und thatsächlich eine Krypte sei; falls das nicht so wäre, so schiene es ihm auch denkbar, dass der Stein sich um das Residuum eines extratonsillären Abscesses gebildet habe; er frug, ob die Anamnese auf Mandelabscesse hingewiesen habe? — Dr. Parker setzte in seiner Erwiderung auseinander, dass der Stein sich näher der Uvula als der Tonsille befunden habe, und daher kaum soweit nach innen gewandert sein könne. Aus demselben Grunde schiene ihm keine denkbare Verbindung mit der Fossa epitonsillaris vorhanden. Endlich habe der Patient auch niemals an Mandelabscessen gelitten.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

---

e) **Moritz Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** Mit 182 Abbildungen im Text und 7 Tafeln. Berlin. Julius Springer. 1894.

Obwohl in diesem Augenblicke kein Mangel an vortrefflichen Lehrbüchern der Laryngologie in deutscher Sprache vorhanden ist, so wird doch das Erscheinen des Schmidt'schen Werkes allseitig mit Freuden begrüsst werden, und es bedarf keiner besonderen Prophetengabe um vorauszusagen, dass sich dasselbe sofort eine Stellung in der ersten Reihe der Lehrbücher über Krankheiten der oberen Luftwege erringen wird. „Aus der Praxis, für die Praxis" geschrieben, wie es im Titel heisst, entrollt es vor uns ein Bild der nunmehr dreissigjährigen Erfahrungen eines Autors, der von der Kindheit der Laryngologie an sich mit der jungen Wissenschaft beschäftigt und sich im Laufe dieser Jahre zu einer Autorität von Weltruf in seinem Fache aufgeschwungen hat, und der mit neidloser Anerkennung der Verdienste Anderer zahlreiche durch und durch originelle eigene Ideen und gründlichste Kenntniss des Allgemeingebietes der Medicin verbindet. Es ist der letztere Umstand, der dem neuen Werke eine ganz besondere Stellung und einen ganz besonderen Reiz verleiht. Wie der Verfasser uns in der Vorrede sagt, hat er sich bemüht, sich bei der Abfassung seines Buches ganz auf den Standpunkt des praktischen Arztes zu stellen und seine Bedürfnisse immer vor Augen zu haben. Sei es sofort gesagt, dass ihm dies in glücklichster Weise gelungen ist, ohne dass darum die Wissenschaftlichkeit seines Werkes den geringsten Schaden gelitten hätte. Es ist in der That bewundernswürdig, in welch' eingehender und gründlicher Weise Schmidt den neuesten Fortschritten der abstracten Wissenschaft im Gebiete seines Werkes gefolgt ist, wie richtig er ihre Bedeutung für praktische Zwecke erkannt, und in welch' leicht fasslicher Weise er sie für die Bedürfnisse des praktischen Arztes

mundgerecht zu machen verstanden hat. Das aber ist ja gerade der letzte und höchste Zweck eines Lehrbuchs, und wir können dem Verfasser zu der Erreichung dieses Ideals nur unseren herzlichsten und uneingeschränkten Glückwunsch aussprechen.

Ein ganz originelles Gepräge erhält das vorliegende Buch durch die Anordnung des Stoffes. Schmidt hat den Versuch gemacht, jede Krankheit durch das ganze Gebiet im Zusammenhange zu verfolgen, um nicht die Einheit des Krankheitsbildes zu schädigen. Auf den ersten Blick wirkt das überraschend. indem es mit den hergebrachten Traditionen aller gegenwärtig im Gebrauch stehenden Lehrbücher bricht. Hat man sich aber einmal ein wenig an die neue Anordnung gewöhnt, so werden ihr viele Vorzüge nicht abgesprochen werden können. Dass jede Eintheilung gewisse Nachtheile hat ist ja selbstverständlich, und wird auch von dem Verfasser selbst in seiner Vorrede anerkannt. So werden bei der seinen die Krankheiten der einzelnen Abschnitte der oberen Luftwege wiederum auseinander gerissen, und in einer Reihe von Abschnitten konnte die Einreihung in das Ganze nur mittelst der Anwendung eines gewissen Zwangs vorgenommen werden. Der Verfasser hat in Folge dessen auch nicht eigensinnig an seinem System festgehalten, sondern, wenn dies erforderlich schien, Ausnahmen von demselben eintreten lassen.

Auf Einzelheiten in einem Werke einzugehen, in welchem sich der Berichterstatter nach sorgfältiger Lektüre in allen wissenschaftlich wesentlichen Punkten in vollstem Einverständniss mit dem Verfasser weiss, erscheint überflüssig. Sollten wir aus dem reichen Schatze des Gebotenen ein einziges Kapitel als besonders beherzigenswerth für jeden Fachgenossen hervorheben, so würden wir vor Allem das dritte Kapitel: „Allgemeine Betrachtungen“ namhaft machen. Die in demselben niedergelegten reifen Erfahrungen finden, wie Schmidt richtig hervorhebt, in der Praxis leider viel zu wenig allgemeine Beachtung, so sehr sie dieselbe im Interesse der Kranken und des Renommés des behandelnden Arztes verdienen. — Dass ich mit Allem, was der Verfasser sagt, übereinstimme, möchte ich nicht behaupten: er scheint mir z. B. ein wenig zu streng gegen Raucher zu sein, aber dies ist natürlich ein Punkt, in welchem die Ansicht der Aerzte je nach dem Grade auseinander geht, in welchem sie selbst dem Laster des Rauchens ergeben sind. — Sehr bemerkenswerth und originell ist auch das Kapitel XIX. über die ärztliche Behandlung der Singstimme, ganz ausgezeichnet geschrieben ferner dasjenige über Fremdkörper in den oberen Luftwegen, über Erkrankungen der Schilddrüse etc. Wollte man aber Alles namhaft machen, was rühmenswerth hervorzuheben ist, so würde man in der That ein einfaches Inhaltsverzeichniss des Buches zu geben haben! — Aeusserst angenehm berührt der milde und dabei doch feste Ton, in dem der Autor seine eigene Ansichten kund giebt, sein Urtheil über die Ansichten anderer Fachgenossen fällt: diejenigen, die den Vorzug haben, den Verfasser persönlich zu kennen, werden in dem Werke den Eindruck der Persönlichkeit durchaus wiederempfangen. Als eine besonders nützliche Zugabe möchten wir die ausgezeichneten photographischen Reproductionen der Mikroorganismen bezeichnen, welche bei Krank-

heiten der oberen Luftwege gefunden werden, und welche den Inhalt der letzten drei dem Werke beigegebenen Tafeln bilden.

In seiner Vorrede sagt der Verfasser:

„Wir älteren Specialisten in der Laryngologie sind alle mehr oder weniger Autodidakten. Als wir anfingen, erschienen noch nicht alle Jahre die mehrere Tausende von Abhandlungen über Nase und Hals; wir mussten uns unseren Weg ohne diese Hülfsmittel selbst suchen. Dadurch ist jedem von uns, vielleicht nicht zum Nachtheil, eine gewisse Besonderheit im guten Sinne übrig geblieben, gewisse Anschauungen, gewisse Behandlungsmethoden haben wir durch die ganze Zeit und Literatur hinübergerettet, und das wird sich auch in meinem Buche bemerklich machen. Vielleicht wird dadurch auch Manches darin einen gewissen Werth für meine Specialcollegen haben."

Wenn ich mir erlauben darf, im Namen der Specialcollegen auf diese Hoffnung des Verfassers zu antworten, so würde ich sagen: Gerade das ist der Hauptwerth des Schmidt'schen Buches, dass wir in demselben neben aller Verwerthung der Leistungen Anderer den erprobten Anschauungen einer fest auf eigenem Grunde wurzelnden Persönlichkeit begegnen. Felix Semon.

III. Briefkasten.

Zum Internationalen Medicinischen Congress.

Die Leser des Centralblatts dürften verwundert darüber gewesen sein, dass wir diesmal nicht, wie bei den früheren Congressen, eine Liste der für die laryngologische Section angemeldeten Vorträge gebracht haben. Der Grund hierfür liegt einfach in dem Umstande, dass uns trotz rechtzeitigen Ersuchens um möglichst frühe Zusendung des vorläufigen Programms dasselbe erst am 12. März zugegangen ist. Ein Abdruck desselben in der vorliegenden Nummer, die während des Tagens des Congresses erscheint, würde keinen rechten Sinn haben. — Dankbar sei anerkannt, dass der Sectionsvorstand in dem vorläufigen Programm den Mitgliedern die geschäftsordentlichen Vorschläge empfiehlt, welche das Centralblatt nach den bei früheren Congressen gemachten Erfahrungen wiederholt im Interesse der Sache befürwortet hat — Unser italienischer Mitarbeiter, Herr Dr Toti, wird einen ausführlichen Bericht über die Verhandlungen der laryngologischen Section bringen, der möglichst bald veröffentlicht werden soll.

Gedrückt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X. Berlin, Mai. 1894. No. 11.

I. Die Laryngologische Section des XI. Internationalen Medicinischen Congresses.

Rom, 29. März bis 5. April 1894.

Wiederum liegt einer der internationalen medicinischen Congresse hinter uns, und wiederum wird es die Pflicht des Berichterstatters, in kurzen Zügen seine allgemeinen Eindrücke, speciell hinsichtlich der uns besonders interessirenden laryngologischen Section, den Lesern des Centralblatts vorzuführen. Eine Schilderung der Verhandlungen der Section selbst wird in der Julinummer des Centralblatts, wie bereits erwähnt, von unserem Mitarbeiter, Herrn Toti, gegeben werden, für welche wir indessen im Voraus die Nachsicht, nicht nur der Leser, sondern in erster Stelle der Vortragenden und Theilnehmer an den Discussionen erbitten müssen. Den Anordnungen des Organisationscomité's gemäss mussten nämlich diesmal sowohl die Vorträge selbst, wie die Manuscripte der in jeder Discussion gemachten Bemerkungen unmittelbar nach Schluss der betreffenden Sitzung dem Generalsecretär des Congresses eingesandt werden, und es war daher den Berichterstattern einzelner Fachblätter nicht möglich, Einsicht von den Originalen zu nehmen. Herr Dr. Toti hat sich daher mit dankenswerthester Aufopferung der heroischen Aufgabe unterzogen, sämmtlichen Sitzungen der Section von Anfang bis zu Ende beizuwohnen und sofortige Notizen von den Vorträgen und Discussionen zu nehmen. Kein billig denkender Leser wird aber unter diesen Umständen, (man erinnere sich nur, dass, ganz abgesehen von der am Ende vierstündiger Sitzungen bei unausgesetzter Aufmerksamkeit unausbleiblichen Erschöpfung des Berichterstatters, Vorträge und Reden in vier verschiedenen Sprachen: italienisch, deutsch, französisch, englisch gehalten wurden) ungehalten darüber sein, wenn sich in diesem naturgemäss kurzen Bericht einzelne Auslassungen oder selbst Irrthümer finden sollten. Wir werden andererseits — falls dies erforderlich sein sollte — gern bereit sein, be-

rechtigten und kurz gefassten (!) sachlichen Reclamationen hinsichtlich wirklich wesentlicher Punkte Rechnung zu tragen.

Was nun die schliesslichen Eindrücke anbetrifft, welche die Theilnehmer der laryngologischen Section mit nach Hause genommen haben, so dürften sich dieselben wohl dahin zusammenfassen lassen, dass, wenn auch wohl jeder von uns das eine oder das andere Mal über die allgemeinen Arrangements des Congresses nicht wenig gemurrt hat, wir alle des Lobes und des Dankes voll sind für die vortrefflichen Einrichtungen unserer speciellen Section, für die von Herzen kommende Liebenswürdigkeit unseres Bureau's, vor allem für die unermüdliche, aufopfernde Zuvorkommenheit unseres lieben Präsidenten Massei! — Unaufhörlich bemüht, jedem einzelnen Mitgliede der Section jeden Wunsch zu erfüllen, die Verhandlungen in zweckmässigster Weise zu ordnen, nicht nur den Theilnehmern selbst, sondern auch deren Angehörigen den Aufenthalt in Rom so angenehm wie möglich zu machen, hat er sich allseitig goldene Meinungen erworben, und wohl keines unserer Mitglieder wird in die Heimath anders als mit dem Bewusstsein zurückkehren, nunmehr in dem schönen Neapel einen lieben persönlichen Freund zu besitzen! — Nicht verschwiegen aber soll es werden, dass unser verehrter Vorsitzender in seinen Bemühungen auf das Erfolgreichste von seiner liebenswürdigen Gattin, sowie von den Herren Nuvoli und Egidi und von seinen eigenen Assistenten unterstützt wurde.

Wir haben oben erwähnt, dass gelegentlich beträchtliche Unzufriedenheit mit den allgemeinen Anordnungen des Congresses geherrscht hat, und die Wahrheitsliebe zwingt uns zu bekennen, dass dieselbe nicht ganz unberechtigt gewesen ist. Man musste sich um Alles und Jedes an verschiedenen Stellen persönlich bemühen, erfuhr oft erst, wenn es schon zu spät war, von besonderen Veranstaltungen und Festlichkeiten, und war bisweilen, selbst bei rechtzeitiger Bemühung, nicht erfolgreich darin, das Gewünschte zu erhalten. Hierzu trat bei einzelnen Gelegenheiten einerseits grenzenlose Ueberfüllung, andererseits mangelnde Controle in der Vertheilung der Einlasskarten. Dergleichen und anderes mehr machte einige Male böses Blut und hätte wohl vermieden werden können, wenn man sich angesichts einerseits der Erfahrung, dass seit dem Londoner Congress die Anzahl der Congresstheilnehmer eine stetig wachsende gewesen ist, und andererseits der Wahrscheinlichkeit, dass das ewige Rom eine ganz besondere Anziehungskraft ausüben würde, von vornherein vor Augen gehalten hätte, dass diesmal die Anzahl der Theilnehmer alles früher Dagewesene fast sicher bei weitem übersteigen würde, und wenn man seine Anordnungen demgemäss getroffen hätte. Bedenkt man aber andererseits, dass sich thatsächlich eine Lawine von 8000 (!) Congresstheilnehmern (inclusive der Damen) im Verlauf weniger Tage über Rom ergoss, und dass für alle diese nach den verschiedensten Richtungen gesorgt werden musste, so wird man seine Sympathie dem vielgeplagten Generalsecretär und seinen Gehülfen nicht versagen können, und statt über Manches zu murren, das vielleicht hätte besser sein können, lieber für Dasjenige dankbar sein, das geboten wurde!

Bei uns Laryngologen „klappte" Alles auf's Schönste! — Die Section war sehr zahlreich besucht: schon nach der ersten Sitzung wies die Theilnehmer-

liste über 120 Namen auf. Ganz merkwürdig war für frühere Congressbesucher das auffallende Zurücktreten des anglo-amerikanischen Elements: es haben sich im Ganzen höchstens 10 Vertreter Grossbritanniens und Nordamerikas bei unserer Section betheiligt, und in den Discussionen wurde die englische Sprache nur bei den seltensten Gelegenheiten gehört. Von bekannteren Laryngologen sahen wir die Herren Bettman und Sajous (Amerika), Schmiegelow (Dänemark); Flatau, B. Fränkel, Gottstein, Hopmann, Michael, Moritz Schmidt, Schmidthuisen (Deutschland); Bronner, Dundas Grant, Newman, Sandford, Semon (England); Garel, Gonguenheim, Moure, Ruault, Raugé (Frankreich); Burger, Moll (Holland); Cozzolino, Damieno, Dionisio, Fasano, Gradenigo, Grazzi, Labus, Masini, Massei, Nuvoli, Strazza, Trifiletti (Italien); Paul Koch (Luxemburg); Catti, Chiari, Karis, Ott (Oesterreich); Heryng, Sendziak, v. Sokolowski (Polen); Gurowitch (Russland); Secretan (Schweiz); Botey, Roquer y Casadesus (Spanien); Navratil, Onodi (Ungarn).

Nachdem Prof. Massei als Präsident und Dr. Nuvoli als verantwortlicher Secretär der Section bestätigt war, wurden die Herren Botey, Chiari, Fränkel, Gottstein, Gouguenheim, Heryng, Lowman, Moure, Onodi, Ruault, Sajous, Schmidt, Schmiegelow, Semon, v. Sokolowski zu Ehrenpräsidenten, und die Herren Bronner, Roquer y Casadesus, Egidi, Flatau, Karis, Raugé, St. Clair Thomson, Trifiletti zu Secretären für ihre betreffenden Länder erwählt.

Unmittelbar nach der Constituirung des definitiven Bureau's machte Prof. Massei im Namen des vorbereitenden Comité's eine Reihe von geschäftsordentlichen Vorschlägen, welche sich fast vollständig mit den wiederholt in diesem Blatte befürworteten deckten, nach kurzer Debatte mit geringen Veränderungen angenommen wurden, und sich zu unserer Freude im ganzen Verlaufe der Verhandlungen trefflich bewährten. Sie lassen sich dahin zusammenfassen, dass: 1. die allgemeinen Discussionen vor den privatim angemeldeten Vorträgen den Vorrang haben und letztere nur soweit es die disponible Zeit gestattete, zur Verlesung kommen, dass dagegen nicht die allgemeinen Discussionen zu Gunsten privater Vorträge eingeschränkt werden sollten; 2. die privaten Vorträge in der Reihenfolge, in welcher sie bei dem vorbereitenden Comité angemeldet waren, zur Verlesung kommen sollten; 3. dass jeder eine allgemeine Discussion einleitende und jeder einen privaten Vortrag haltende Redner höchstens 20 Minuten, jeder an der Discussion sich betheiligende Redner höchstens 5 Minuten sprechen dürfe; dass nach Ablauf der betreffenden Zeit der jeweilige Vorsitzende den Redner zum Schluss auffordern müsse; dass aber ausnahmsweise, auf einen aus der Versammlung direct gestellten und von der Majorität unterstützten Antrag eine kurze Verlängerung der Redezeit statthaft sei; 4. dass die gewählten Ehrenpräsidenten zusammen mit dem Präsidenten und verantwortlichen Secretär der Section ein Comité bilden sollten, welches über alle geschäftsordentlichen Detailfragen zu entscheiden habe.

Wir sind überzeugt davon, dass die Annahme und strenge Durchführung dieser Bestimmungen nicht wenig zu dem Erfolg unsrer Verhandlung beigetragen

hat. Einmal konnten die jedermann interessirenden allgemeinen Debatten, welche doch schliesslich den Hauptzweck solcher Zusammenkünfte bilden, ruhig zu Ende geführt werden, ohne dass der jeweilige Präsident immerwährend ängstlich zu erwägen hatte, dass noch so und so viele private Vorträge, die auf der Tagesordnung stünden, um jeden Preis erledigt werden müssten, was mit anderen Worten besagt, dass er früher die allgemeine Discussion, so sehr sie auch jedermann interessiren mochte, so schnell als möglich ihrem Ende entgegenzuführen suchen musste. Zweitens wurde durch die Beschränkung der Redezeit allzu üppiger oder allzu langweiliger Redekunst ein wirksamer Zügel angelegt, während doch die souveraine Versammlung wirklich interessanten Vorträgen oder Reden jederzeit weiteren Spielraum gewähren konnte, und dies auch bei mehreren Gelegenheiten that. Drittens konnte niemand sich über persönlich ihm angethanes Unrecht beschweren, da sowohl die privaten Vorträge wie die Reden in den allgemeinen und privaten Diccussionen in der Reihenfolge der Anmeldung zur Abhaltung kamen. Viertens traf die Verantwortlichkeit für die Entscheidung über Detailfragen nicht mehr Angehörige der bewirthenden Nation allein, sondern das aus allen Nationen zusammengesetzte Comité der Ehrenpräsidenten, wodurch alle kleinen nationalen Eifersüchteleien, wie sie bei den früheren Congressen nichts Unerhörtes waren, diesmal aufs Glücklichste vermieden wurden. Ueberhaupt muss hier als das angenehmste Merkmal unserer Section bei dem eben abgeschlossenen Congresse nachdrücklich hervorgehoben werden, dass wohl noch niemals die Verhandlungen einer laryngologischen Section in so urbaner Form geführt worden sind, als diesmal. Die sachlichen Gegensätze waren ja in manchen Fragen ebenso gross und scharf, wie früher; bei aller präcisen Betonung derselben aber blieb die Form stets gewahrt, persönliche Bitterkeit oder Gehässigkeit völlig ausgeschlossen. Fragen, die in der öffentlichen Discussion nicht vollständig erledigt werden konnten, fanden später in privater Besprechung weiteren freundschaftlichen Austrag, und es ist unserer Ansicht nach der grösste Gewinn, den unsere Section aus dem eben abgeschlossenen Congresse gezogen hat, dass sie viele bisherige Gegner nicht nur einander näher gebracht, sondern, bei allem Bestehenbleiben auf ihren sachlichen Differenzen, zu persönlichen Freunden gemacht hat!

In einer einzigen Beziehung schossen die von dem vorbereitenden Comité gemachten und angenommenen Vorschläge noch über die im Centralblatt befürworteten hinaus: es sollten zunächst alle allgemeinen Discussionen erledigt werden, ehe die privaten Vorträge überhaupt an die Reihe kämen. Wir müssen bekennen, dass uns dies nun wieder auf der anderen Seite etwas zu weit gegangen scheint. Wenn man während der Congressdauer täglich eine allgemeine Discussion abhält, so sichert man sich damit für jede Sitzung einen Gegenstand von allgemeinem Interesse und damit zahlreichen Besuch der Sitzung und eingehende Discussionen. Erledigt man aber sämmtliche allgemeinen Discussionen hintereinander und lässt schliesslich nur eine endlose Reihe heterogener privater Vorträge aufeinander folgen, so erlischt bei nicht wenigen Theilnehmern das Interesse und der Besuch der letzten Sitzungen leidet. Diese Betrachtung hat auch diesmal ihre praktische Bestätigung am letzten Sitzungstage

gefunden, und wir hoffen daher, dass man beim nächsten Congress zu dem früheren, oben auf's Neue empfohlenen Modus zurückkehren wird.

Was nun die einzelnen allgemeinen Discussionen anbetrifft, so nahm den Schwerpunkt des Interesses wohl jedenfalls die Discussion über die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose ein. Sie dauerte inclusive der beiden einleitenden Vorträge volle drei Stunden und nicht weniger als 18 Redner aller Nationen betheiligten sich an ihr. Für den Philosophen wie für den Historiker bot sie Stoff genug zur nachdenklichen Betrachtung: während noch beim Londoner Congress 1881 die Kehlkopftuberculose den meisten für ein Noli me tangere galt und der therapeutische Nihilismus diesem schrecklichen Leiden gegenüber blühte, ist jetzt, kaum 13 Jahre später, unserem Gefühl nach das Pendel bis zur äussersten Grenze auf der entgegengesetzten Seite geschwungen: wenn man einzelnen Rednern lauschte, so konnte man glauben, dass jeder Kehlkopfschwindsüchtige energische chirurgische Eingriffe braucht, dass nicht nur die Tracheotomie, sondern die Thyreotomie mit Entfernung alles erkrankten Gewebes die Operation der Zukunft bei der Larynxtuberculose darstellt, dass selbst vorgeschrittene Stadien des fundamentalen Lungenleidens, fast völliges Daniederliegen des Allgemeinbefindens keine Contraindicationen gegen tiefgehende, langwährende chirurgische Eingriffe im Kehlkopf bilden! — Erst gegen Ende der Discussion lenkte dieselbe in ruhigere Bahnen und gewann man den Eindruck, dass alle die empfohlenen energischen Massregeln doch schliesslich nur für Ausnahmefälle reservirt werden sollten. — Wie wird die Frage in weiteren 12 Jahren stehen? — — —

Eine recht interessante Discussion war diejenige über Pachydermie des Kehlkopfs, an welche sich eine lebhafte Debatte über die Behandlung der „Sängerknötchen“ anschloss. — Die ebenfalls äusserst lebhaft geführte Discussion über die centrale Innervation des Kehlkopfs brachte keine Einigung zwischen den Vertretern der verschiedenen Ansichten zu Stande, von denen jeder seinen Standpunkt resolut, aber doch nur unter Anführung bereits bekannter Gründe vertheidigte. — Mit grossem Interesse sah man der Demonstration des Herrn Masini entgegen, welcher, der Aufforderung der Herren Semon und Horsley folgend, den von ihm erzielten isolirten, gekreuzten Effect auf das gegenüberliegende Stimmband bei einseitiger elektrischer Reizung, resp. Cocainisation des gegenüberliegenden Rindenfeldes für die Phonation öffentlich zu zeigen beabsichtigte. Es gelang ihm nicht, diesen Effect zu erhalten, doch würde es nicht „fair“ sein, aus diesem Misslingen irgend welche Schlüsse zu ziehen, da das benutzte ganz und gar nicht narkotisirte Versuchsthier (ein Hund) fast während der ganzen Dauer des Experiments seine Stimmritze nahezu geschlossen hielt, und dieselbe stets nur momentan erweiterte, so dass es unmöglich war, die Effecte der elektrischen Reizung zu beobachten. Ebensowenig deutlich waren die Effecte einseitiger Cocainisation. Die Frage muss daher noch als eine offene bezeichnet werden. — Eine Demonstration der mancherseits behaupteten centripetalen Recurrensfasern fand nicht statt. — Weitere Details über die Verhandlungen wird der Bericht des Herrn Toti bringen.

Es erübrigt nur noch, der drei gemeinschaftlichen Festessen zu gedenken,

bei denen sich die Mitglieder der laryngologischen Section zusammenfanden. Das erste derselben wurde den ausländischen Laryngologen von dem italienischen Bureau der Section, das zweite von der Società italiana di laringologia, rinologia e otiatria gegeben, während das dritte das öffentliche Sectionsdiner repräsentirte. Bei allen drei Gelegenheiten, die sämmtlich durch die Gegenwart unserer Damen verschönert wurden, regnete es Toaste und Verbrüderungsreden in allen civilisirten Sprachen. Es bedurfte derselben nicht, um das Gefühl des internationalen Zusammenhanges unserer Wissenschaft zu wecken: unsere Arbeiten bethätigen denselben von Jahr zu Jahr mehr. Ein Congress aber, wie der römische, dient dazu, uns menschlich und persönlich einander näher zu bringen, und dieses schöne Ziel ist in Rom auf das Schönste erreicht worden, Dank der Gastfreundschaft, Liebenswürdigkeit und Zuvorkommenheit unserer italienischen Freunde, denen hiermit noch einmal unser herzlichster und wärmster Dank dargebracht sei! —

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente, Instrumente etc.

1) **J. E. Rhodes. Bemerkungen über die Anwendung des Cocains zur localen Anaesthesie. (Notes on use of cocaine for local anaesthesia.)** *North Americ. Practitioner. Juli 1893.*

R. empfiehlt folgende Lösung:

Atropin. sulfur.	0,03.
Strophanthi	0,012.
Cocain. hydrochlor. . . .	1,2.
Acid. carbolic.	0,3.
Aq. destill.	30,0.

Zur Injection nimmt er hiervon 0,3—0 5 g. Für den Larynx bevorzugt er eine 4procentige wässerige Lösung, da die Resorption hier weniger stark ist, als in der Nasenhöhle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

2) **Dundas Grant** (London). **Die Stickstoffoxydul-Narcose zur Entfernung der Tonsillen und adenoider Vegetationen (Nitrous oxide anaesthesia for the removal of tonsils and adenoids.)** *Brit. Med. Journal. 19. August 1893.*

G. empfiehlt in einem Briefe an den Herausgeber die Wahl der Lachgasnarkose für die genannten Operationen. MACKENZIE-JOHNSTON.

3) **Wyatt Wingrave** (London). **Anaesthesie bei Hals- und Nasenoperationen. (Anaesthesia for operations on the throat and nose.)** *Brit. Medical Journal 23. September 1893.*

W. hebt hervor, dass mehrere Todesfälle bekannt geworden sind durch

Chloroformnarkosen, die zum Zwecke der Entfernung von adenoiden Vegetationen oder Tonsillen eingeleitet worden waren; er spricht sich deshalb sehr für die Anwendung der Stickstoffoxydulnarkose bei derartigen Operationen aus.

MACKENZIE-JOHNSTON.

4) **C. C. Rice. Der therapeutische Werth der Oel-Sprays und der verschiedenen in der Therapie der Nasen- und Halskrankheiten jetzt gebräuchlichen Pulver im Vergleich zu dem der älteren Mittel. (Therapeutic value of oily sprays and of the various powders now used in nose and throat diseases as compared with old remedies.)** *Post Graduate. Juni 1893.*

R. giebt den früheren Medicationen den Vorzug.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

5) **W. Posthumus Meyes** (Amsterdam). **Ueber die elektrische Durchleuchtung der Schädelhöhlen, mit Demonstration. (Over de electrische verlichting van de schedelholten met demonstratie.)** *Werken van het Genootschap tot bevordering der Natuur-, Genees- en Heelkunde te Amsterdam. Serie II. Th. I. Lief. 5. Bogen 1. Amst. Dec. 1892.*

Demonstration der Durchleuchtungsmethode, nebst Besprechung der Aetiologie und der Therapie der Sinusempyeme. Für Specialisten nichts Neues.

H. BURGER.

6) **G. Wilkinson. Der gegenwärtige Stand der Galvanokaustik in der Nasen-, Rachen- und Kehlkopf-Chirurgie. (The present status of galvanocautery in the surgery of the nose, pharynx and larynx.)** *Omaha Clinic. April 1893.*

Für zweckmässig ausgewählte Fälle von Nasen-, Rachen- oder Kehlkopferkrankung ist die Galvanokaustik unerlässlich.

Es sind in der Literatur 5 Todesfälle im Anschluss an die galvanokaustische Aetzung in der Nase mitgetheilt; in drei von diesen war es die mittlere Muschel, die geätzt worden war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

7) **T. W. Barrett** (Melbourne). **Elektrische Einrichtung zu Beleuchtungs- und kaustischen Zwecken mit Anschluss an die Centralstelle. (Electric installation for lighting and cautery direct from the main.)** *Austral. Medical Journal. 15. Mai 1893.*

Der Autor hat eine 5 Kerzen starke Focus-Lampe, die ihm angenehmer erscheint als das Kalk-Licht und die auch besser als dieses leuchtet. Versorgt wird sie durch einen Strom von 100 Volt. 12 Volt, die durch einen Rheostat geführt sind, erhitzen den Galvanokauter.

A. T. BRADY.

8) **Deschamps. Ein neuer Apparat zum Ersatz der Batterie des Galvanokauters. (Nouvel appareil destiné à remplacer la pile du galvano-cautère.)** *Annales des malad. de l'oreille. Juli 1893.*

Beschreibung eines Apparats des sog. Transformator's, der dazu dient, den von den electrischen Gesellschaften gelieferten Strom für ärztliche Zwecke verwendbar zu machen.

E. J. MOURE.

9) **Arthur G. Hobbs** (Atlanta). **Der einfachste und praktischste elektrische Apparat, besonders zu galvanokaustischen Operationen. (The simplest and most practical electric apparatus, especially for galvano-cautery operations.)** *Journal of Laryngology. November 1893.*

Der Verf. beschreibt die Vorzüge und die Einfachheit eines von ihm demonstrirten electrischen Apparats. Der Strom wird von der Centralstelle bezogen und der Apparat ist so eingerichtet, dass derselbe zu Beleuchtungs-, zu caustischen und anderen Zwecken verwerthet werden kann. MACKENZIE-JOHNSTON.

10) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Der Gebrauch der Accumulatoren in der Medicin und die besten Mittel zu ihrer Füllung. (The employment of accumulators in medicine and the best means of charging them.)** *Journal of Laryngology. Juli 1893.*

Verf. beschreibt die Einrichtung, deren er selbst in Bordeaux sich bedient. Er bezieht den Strom von der Centralstation der Stadt, schaltet aber, da dessen Intensität zu stark ist, ein paar weissglühende Lichte ein, um ihn auf die erforderliche Menge zu reduciren. Mit diesem Strom ladet er die Accumulatoren, aus denen er dann soviel Electricität entnehmen kann, wie er gerade für den besonderen Zweck benöthigt. MACKENZIE-JOHNSTON.

11) **Baumgarten** (Pest). **Die Gülcher'sche Thermosäule zur Füllung der Accumulatoren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. 1893.*

In Städten, wo keine Electricitätswerke bestehen, bedarf man zur Füllung der Accumulatoren eigener Vorrichtungen, meistens Batterien, was sehr viel Zeit und Mühe kostet. B. füllt nun seine Accumulatoren mit der Gülcher'schen Thermosäule, deren Abbildung dem Original beigegeben ist. Dieselbe wird mit Gas geheizt und kommt in 3 Serien im Handel vor. Die Details über Accumulatoren sind im Original nachzulesen; zu beziehen ist die Säule in Berlin bei Julius Pintsch, Andreasstrasse 72/73, und kostet je 85, 160, 190 Mark.

In einer späteren Berichtigung wird mitgetheilt, dass der Fabrikant der Säule zum Laden der Accumulatoren die Thermosäule 3 empfiehlt, auch soll nicht nöthig sein, die Accumulatoren gradatim zu laden. SCHECH.

12) **Keimer** (Düsseldorf) **Ein neuer Griff für galvanokaustische Schlingen.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Eine Hartmann'sche Schlinge mit Einrichtung für Galvanokaustik. Der Contact wird dadurch hergestellt, dass der hintere vor dem Daumenring befindliche kurze Theil, der sich schlittenförmig auf dem vorderen langen Theil des Handgriffs bewegt, beim Zuziehen der Schlinge gegen den Stift andrückt, an dem der eine Pol der Leitungsschnur befestigt ist. Der andere Pol ist an dem langen Theil befestigt. Eine in dem hinteren Abschnitt befindliche Spiralfeder lässt beim Nachlassen des Drucks mit dem Daumen den kurzen Theil sofort wieder zurückfedern. A. ROSENBERG.

13) **E. Winckler** (Bremen). **Vorläufige Mittheilung über eine neue elektrische Untersuchungslampe.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 36. 1893.*

Statt der electrischen Glühlichter wird eine Bogenlampe verwendet, deren Strom 60—80 Volt nicht übersteigen darf. In der äusseren Form gleicht die neue Lampe der Krause'schen Untersuchungslampe. Das Licht dieser Lampe entspricht einer Beleuchtung von 150—200 Normalkerzen. SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **C. A. Wilson. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *St. Louis Clinique. September 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **Redactionelle Notiz. Gegen frische Coryza. (Recent coryza.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1893.*

Rp.	Morph. muriatic. . . .	0,12.
	Pulv. acaciae	8,0.
	Bismuth subnitric. . .	24,0.

M. D. S. Als Schnupfpulver zu gebrauchen. LEFFERTS.

16) **Hayem. Gegen Coryza. (For coryza.)** *Philad. Medical News. 21. October 1893.*

Rp.	Acid. carbol. pur. .	aa 10,0.
	Aqu. ammon. . .	
	Alcohol	20,0.
	Aq. destill. . . .	50,0.

S. Mehrere Tropfen auf Fliesspapier, ein paar Secunden zu inhaliren.

LEFFERTS.

17) **W. D. Thomas. Versuche mit einigen Medicamenten zur Behandlung des Nasencatarrhs. (A few tried remedies in treatment of nasal catarrh.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. October 1893.*

Der Verf. giebt die Indicationen gewisser homöopathischer Mittel für die Behandlung des Nasencatarrhs an. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **W. E. Casselberry. Die Rhinitis bei Kindern, ihre Varietäten, ihre Ursachen und Behandlung. (Rhinitis in children; its varieties, causes and treatment.)** *Journal Am. Med. Assoc. 15. Juli 1893.*

Die Formen von Rhinitis, die bei Kindern vorkommen, sind fast ebenso einzutheilen, wie die der Erwachsenen. Aber manche Arten der Erkrankung beanspruchen im Kindesalter sowohl in pathologischer wie in klinischer Hinsicht einen höheren Grad von Bedeutung, theils wegen der besonderen Beschaffenheit der kindlichen Gewebe, theils weil die Kinder die Krankheit während ihrer Ent-

wicklung vernachlässigen. Die Behandlung muss eine besondere sein und sich der Hilflosigkeit und auch der Furchtsamkeit der Kleinen möglichst anpassen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **J. C. Mulhall. Rhinitis oedematosa. (Rhinitis oedematosa.)** *N. Y. Med. Journal. 14. October 1893.*

M.'s Mittheilung wird in den Verhandlungen der XV. Versammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft referirt werden. LEFFERTS.

20) **P. Masucci. Beitrag zum Studium der pseudomembranösen Rhinitis. (Contribution à l'étude de la rhinite pseudo-membraneuse.)** *Revue internation. de rhinol., laryngol. et otologie. 10. April 1893. No. 7.*

M. bespricht die Symptomatologie und die Pathogenese dieser Krankheit und kommt zu dem Schluss, dass, um die Diagnose sicher zu stellen, die bakteriologische Untersuchung gemacht werden und das Fehlen des Loeffler'schen Bacillus erwiesen sein muss; nur so ist ein Ausschliessen der diphtherischen Rhinitis möglich.

E. J. MOURE.

21) **E. Walsh. Chronischer Nasencatarrh. (Chronic nasal catarrh.)** *Am. Medico-Surg. Bulletin. August 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **Tissier. Die pathologische Anatomie und das Wesen der chronischen Rhinitiden. (Anatomie pathologique et nature des rhinites chroniques.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Juli 1893. No. 7.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung der verschiedenen Formen von chronisch hyperplastischer Rhinitis und zeigt, woraus das hyperplastische Gewebe sich zusammensetzt. Er betrachtet die Schleimpolypen als Producte entzündlichen Ursprungs.

E. J. MOURE.

23) **C. E. Teets. Die Behandlung der chronischen Rhinitis seitens des Homoeopathen. (The treatment of chronic rhinitis by the Homoeopath.)** *Journal Oph., Otol. and Laryngology. Juli 1893.*

Wo Hindernisse irgend welcher Art vorliegen, müssen zu allererst diese entfernt werden; dann erst kann von den homöopathischen Mitteln ein günstiger Erfolg erwartet werden. (? Red.) W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **J. Townsend. Hypertrophische Rhinitis. (Hypertrophic rhinitis.)** *Journal Oph., Otol. and Laryngology. October 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **E. J. Brown. Ein Ersatzmittel für den Galvanokauter in der Behandlung der hypertrophischen Rhinitis. (A substitute for the cautery in the treatment of rhinitis hypertrophica.)** *Northwestern Lancet. 1. August 1893.*

Die Methode besteht darin, dass man mit dem Messer oder Säge mehrere parallele Schnitte in die hypertrophirte Muschel macht. Die Theorie dieser Operation ist, dass die 2 oder 3 durch die Schleimhaut und das submucöse Ge-

webe bis auf den Knochen geführten Schnitte die erweiterten Gefässe durchtrennen werden und dass die bei der Heilung erfolgende Narbencontraction das Gefässlumen dauernd beschränken, dagegen die Schleimhaut und die epithelialen Gewebe, die durch den galvanokaustischen Eingriff in solchem Umfange zerstört werden, nicht dauernd vernichten wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Lichtwitz. Beitrag zur Kenntniss der nasalen Hydrorrhoe. (Contribution à l'hydrorrhée nasale.)** *Bullet. et mémoires de la société de laryngol., d'otol. et de rhinologie de Paris. März 1893.*

Beschreibung eines einschlägigen Falles. E. J. MOURE.

27) **Cozetoux. Die Phasen der Ozaena. (Des phases de l'ozène.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Mai 1893.*

Der Verf. nimmt ein präatrophisches Stadium an, das oft schwer zu diagnosticiren ist; dasselbe ist in sehr vielen Fällen an die Gegenwart adenoider Vegetationen geknüpft; daraus leitet der Verf. die Nothwendigkeit ab, alle adenoiden Reste zu entfernen und die Choanen ganz frei zu machen.

E. J. MOURE.

28) **Redactionelle Notiz. Die Bakteriologie der Ozaena. (Bacteriology of ozaena.)** *Lancet. 2. December 1893.*

Abel, Fränkel, Laurent u. a. haben die Ozaena bakteriologisch untersucht und es lässt sich Folgendes aus ihren Arbeiten deduciren: dass die Ozaena wahrscheinlich durch einen Mikroorganismus bedingt ist, aber dass dieser Organismus bisher noch von keinem der genannten Autoren isolirt worden ist. Es sind verschiedene Organismen gezüchtet, doch ist nicht klargestellt, ob sie die Krankheitsursache oder nur Begleiter der Krankheit sind.

MACKENZIE-JOHNSTON.

29) **C. N. Cox. Behandlung der Rhinitis atrophicans. (Treatment of atrophic rhinitis.)** *Brooklyn Med. Journal. September 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **J. B. Garrison. Faradisation in der Behandlung der Rhinitis catarrhalis atrophicans chronica. (Faradism in treatment of rhinitis catarrhalis atrophicans chronica.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngology. October 1893.*

Der Behandlungsplan verlangt zuerst eine gründliche Reinigung der Nasenhöhle, darauf Einführung einer biegsamen Electrode von etwa 2 Zoll Länge und $^1/_2$ Zoll Dicke, die mit angefeuchteter Watte umhüllt ist und mit dem einen Pol der Batterie in Verbindung steht. Die andere mit Schwamm bekleidete Electrode hält der Pat. in der Hand. Man benutzt den secundären Strom; die Vibrationen müssen rapide erfolgen und der Strom so schwach als möglich sein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Fischer** (Emmerich). **Ueber Ozaena der Nase und des Kehlkopfes. Dissert. Greifswald. 1893.**

Bezüglich der Genese der Atrophie der Nasenschleimhaut neigt sich Verf.

und zwar auf Grund mehrfacher Beobachtungen von dem gleichzeitigen Vorkommen circumscripter hypertrophischer Partien neben diffus atrophischen der Annahme zu, dass die Atrophie das Endstadium einer Hypertrophie der Schleimhaut darstelle. Zur Bereicherung der Kasuistik der Ozaena laryngealis theilt er zwei Fälle aus der Praxis Strübing's mit, in welchen primär die Nasenerkrankung auftrat und erst secundär die Affection des Kehlkopfes sich entwickelte.

SEIFERT.

32) **Guenot. Antipyrin bei Nasenbluten. (Antipyrine in epistaxis.)** *N. Y. Med. Journal. 28. October 1893.*

Bei idiopathischem Nasenbluten erwies G. wiederholt die locale Application von Antipyrin gute Dienste; in der Regel benutzte er eine Lösung von 1 : 5, in milden Fällen ist aber auch 1 : 10 noch kräftig genug; er lässt den Pat. davon ein wenig in die Hohlhand schütten und kräftig einziehen. Bei jungen oder widerstrebenden Kindern ist diese Methode natürlich nicht anwendbar; bei solchen muss man die Spritze benutzen und nachdem die Nase gefüllt ist, sie einen Moment zuhalten, damit das Antipyrin Zeit hat zu wirken. LEFFERTS.

33) . . . . . . **Antipyrin bei Nasenbluten. (Antipyrin in epistaxis.)** *Lancet. 19. August 1893.*

Der Herausgeber weist darauf hin, dass Guénot (Larothe, Brasilien) das Antipyrin für ein sehr brauchbares Mittel bei idiopathischem Nasenbluten hält; er giebt es in Lösungen von 1 : 5 oder 1 : 10 in leichten Fällen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

34) **Cleaver** (Sheffield). **Ergotin bei Nasenbluten. (Ergotin in epistaxis.)** *Brit. Med. Journal. 6. December 1893.*

Cl. erwähnt einen Fall, in dem nach subcutaner Injection frisch zubereiteten Ergotin's die Blutung stand, währund Tablets von Ergotinum citricum dieselbe nicht hatten zum Stehen bringen können. MACKENZIE-JOHNSTON.

35) **Redactionelle Bemerkung. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Weekly Med. Review. 19. August 1893.*

Der Artikel erwähnt einen Fall, in dem Nasenbluten und gleichzeitig eine Blutung aus dem Mund sich einstellte. Als Quelle der Blutung vermuthete man zuerst den Nasenrachenraum, bei der laryngoskopischen Untersuchung aber entdeckte man den blutenden Punkt in der Trachea, gerade unter der Commissur der Stimmbänder. Durch die expulsiven Anstrengungen beim Husten war etwas von dem Blute in die Nasenhöhlen geworfen worden und daher des Pat. Angabe, dass er auch aus der Nase geblutet habe. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **A. W. de Roaldes. Fälle von schwerem Nasenbluten im Zusammenhang mit Grippe und die Gefahren der postnasalen Tamponade. (Cases of alarming epistaxis of grippal origin and dangers of post-nasal plugging.)** *N. Y. Med. Record. 14. October 1893.*

Aus der Krankengeschichte der 4 von R. mitgetheilten Fälle sind besonders folgende Punkte bemerkenswerth.

1. Der Zusammenhang dieser Blutungen mit der Influenza; es trat das Nasenbluten entweder, wie in Fall 4 in der Mitte der Attacke auf; oder aber, wie in den andern 3 Fällen, während des Absinkens oder in der Reconvalescenz der Erkrankung.

2. In allen diesen Fällen von schwerem Nasenbluten bei Grippe bestand vorher schon in der blutenden Nasenseite eine Affection obstruirender Art, die in dem hinteren Theile der Nasenhöhle localisirt war.

3. Die Gefahr der postnasalen Tamponade; diese sollte in den meisten dieser Fälle, wenn nicht in allen, aufgegeben werden zu Gunsten der einfacheren, wirksameren und sichereren Methode — der continuirlichen Tamponade von vorn nach hinten mit oder ohne vorangängige Anwendung des Galvanokauters.

Die postnasale Tamponade kann, wie Fall 1 und 2 lehren, auch wenn sie von geschickten Chirurgen ausgeführt wird, doch zu sehr peinlichen und geradezu gefährlichen Complicationen Anlass geben. In den Lehrbüchern der allgemeinen Chirurgie wird sie sicherlich zu allgemein empfohlen und ebenso auch von manchen Specialisten. De Roaldes ist der Ansicht, dass es der Fälle, in denen die postnasale Tamponade wirklich angebracht ist, nur sehr wenige giebt.

Was die Ausstopfung der Nase von vorn nach hinten anlangt, so hat man, um sich vor Complicationen zu sichern, auf folgende Punkte Acht zu geben: 1. auf die vorhergehende Desinfection der Nase; 2. auf das zum Tamponiren benutzte Material; am meisten eignen sich die Jodoformgazestreifen, die Fletcher Ingals schon vor einer Reihe von Jahren empfohlen hat; 3. auf eine zweckmässige Anaesthesirung der Nase mit einer Cocainlösung, die gleichzeitig ein gutes Blutstillungsmittel ist; 4. auf die Gleichmässigkeit in der Tamponade, die eine Retention von Blut oder Secreten, welche sich später zersetzen könnten, verhüten muss.

LEFFERTS.

37) **Ino. W. Farlow. Zwei Fälle von Nasentuberculose. (Two cases of nasal tuberculosis.)** *N Y. Med. Journ. 4. November 1893.*

Die Fälle sind von F. auf dem XV. Congress der American Laryngological Association mitgetheilt worden und werden in dem Verhandlungsbericht referirt werden.

LEFFERTS.

38) **Moliuie. Betrachtungen über zwei Fälle von primärem Lupus der Nasenhöhle. (Considérations sur deux cas de lupus primitif des fosses nasales.)** *Le midi médical. 24. October 1893.*

Im Anschluss an zwei eigene Beobachtungen giebt der Verf. einen kritischen Ueberblick über die verschiedenen Hypothesen, die bezüglich des primären Lupus der Nasenhöhle aufgestellt sind. Nach seiner Anschauung ist der Lupus doch in der Mehrzahl der Fälle secundär; es ist selten, dass man nicht Veränderungen an der Haut antrifft, ehe man den Lupus in der Nase oder dem Nasenrachenraum constatirt.

E. J. MOURE.

39) **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.). **Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraums.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Drei Fälle von Taschenbildung hinter dem strangartigen hinteren Tubenwulst, der einmal sich auf das Rachendach fortsetzte, wo er mit dem ebenso gestalteten der anderen Seite in einem spitzen Bogen zusammenlief.

Diese praktisch unwichtigen Bildungen sind angeboren, aus der zweiten Kiemenfurche entstanden. A. ROSENBERG.

40) **J. A. Stucky. Der Nasenrachenraum bei Masern und Scharlach. (The naso-pharynx in measles and scarlatina.)** *Am. Practitioner and News. 29. Juli 1893.*

Der Nasenrachenraum verdient bei Masern und Scharlach ebensolche Aufmerksamkeit und Pflege wie der Rachen und sogar noch mehr als dieser. Eine gewöhnliche Folge jener Erkrankungen ist die Otitis media; der Catarrh der Tuba Eustachii und der Paukenhöhle wird durch den Nasopharyngealcatarrh verursacht, der gewöhnlich als hypertrophische Form sich darstellt. Oft wohl kann man alles dies vermeiden, wenn man während der ganzen Erkrankung mit dem Spray — zweckmässig von Wasserstoffsuperoxyd — die Nasenrachenraumhöhle rein und ihre Reizung fern hält. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Smith-Hosler. Tornwaldt'sche Krankheit. (Tornwaldt's disease.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1893.*

Die Tornwaldt'sche Erkrankung, d. i. die chronische Entzündung der pathologisch gestalteten Rachenhöhle, die häufig fälschlich für postnasale adenoide Wucherungen gehalten wird, behandelt man nach Verf. am besten mit Applicationen von Chromsäure, die auf eine Sonde aufgeschmolzen ist.

LEFFERTS.

42) **H. Burger** (Amsterdam). **Die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit. (De zoogenaamde Tornwaldt'sche ziekte.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1893. II. No. 17.*

Anlässlich der Behauptung, dass die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit im Binnenlande etwas seltenes, in den niederen Küstengegenden dagegen etwas sehr häufiges sei, hat B. sich an mehrere holländische Fachcollegen gewendet. Keiner von denselben, ebensowenig wie B. selbst, habe einen reinen Fall von Bursitis pharyngea beobachtet, resp. einen Retronasalcatarrh durch ausschliessliche Behandlung des Recessus pharyngeus medius heilen können, während Catarrhe der oberen Luftwege, besonders in den nördlichen Provinzen Hollands ausserordentlich häufig sind B. glaubt, man dürfe die Eiterung der mittleren Spalte der Pharynxmandel nicht als ein eigenes Krankheitsbild von der Gruppe der retronasalen Catarrhe trennen. Autoreferat.

43) **Cheval** (Brüssel). **Ueber die Hypertrophie der Nasenrachentonsille und ihre Complicationen. (De l'hypertrophie de la tonsille rétro-pharyngienne et de ses complications.)** Bruxelles. Lamortin. 1898.

Der literarisch arg subjective Ton der sonst fleissigen und vor allem schön

ausgestatteten Arbeit erlaubt dem Ref. nicht näher auf sie einzugehen. Uebrigens bringt dieselbe dem Leser dieser Zeitschrift nichts Neues und auch die Schlüsse möchten von manchem Fachmanne nicht so ohne Weiteres unterschrieben werden. BAYER.

44) **E. Schepilewski** (Riga). **Ein Fall von Tuberculose des Rachens und des Nasenrachenraums. (Slutschai bugortschatki glotki i nosoglototschnawo prostravstwa.)** *Wratsch. 1893. No. 31.*

Der Titel sagt alles. LUNIN.

45) **Hopmann** (Cöln). **Syphilis tertiaria occulta des Nasenrachenraums.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1893. No. 48.*

Kurzer Bericht über 7 Fälle ohne Details. LANDGRAF.

46) **Chapoy** (Besançon). **Ueber congenitale naso-pharyngeale Polypen von ektodermischem Ursprung. (Polypes naso-pharyngiens congénitaux d'origine ectodermique.)** *Association française pour l'avancement des sciences. 1893.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Beim Kinde, und sogar beim neugeborenen, kommen bisher nicht beschriebene naso-pharyngeale Geschwülste vor.

2. Dieselben haben eine eiförmige zweilappige Gestalt und sind am häufigsten am pharyngealen Gewölbe mittelst eines langen und dünnen Stieles fixirt.

3. Ihre Structur ist dermo-papillar.

4. Sie müssen als echte Entwickelungsfehler betrachtet werden.

5. Wahrscheinlich entstehen sie infolge einer unvollkommenen Resorption der in der Rachenhöhle durch die Nebeneinanderstellung des Ectoderms und des Entoderms gebildeten Wand oder infolge einer Faltung des Ectoderms in der Nähe einer bronchialen Spalte.

6. Als ätiologische Momente müssen die Consanguinität und das weibliche Geschlecht betrachtet werden.

7. Anfangs sind die Symptome die der congenitalen Cyanose. Später besteht das pathologische Bild aus einer langsam sich entwickelnden Asphyxie.

8. Die Krankheit lässt sich leicht von mucösen oder fibrösen Polypen unterscheiden. Schwerer ist die Differential-Diagnose gegenüber der sogenannten congenitalen Cyanose zu stellen.

In jedem Falle also, wo cyanotische Erscheinungen bei einem neugeborenen Kinde vorhanden sind, ist die sorgfältige Untersuchung des Nasenrachenraumes unumgänglich.

9. Die Prognose hängt davon ab, ob die Diagnose früh oder spät aufgestellt worden ist.

10. Die Geschwulst kann zur Zeit der Geburt rudimentär sein und sich erst später entwickeln.

11. Die Wegnahme durch langsames Winden und Ziehen stellt die wirksamste Behandlungsmethode dar. LUC.

47) C. **Mansell Moullin** (London). **Osteoplastische Resection des Oberkiefers wegen Nasenrachenraumpolyp nach einer bisher nicht beschriebenen Methode. (Osteoplastic resection of the superior maxillar for naso-pharyngeal polypus by a method hitherto undescribed; remarks.)** *Lancet. 30. September 1893.*

Verf. erörtert die verschiedenen operativen Methoden, die für Fälle von Nasenrachenraumtumor bisher empfohlen worden sind. Er erwähnt einen Fall, der die gewöhnlichen Symptome darbot und bei dem er folgende Operation ausführte. Es wurde zuerst die Tracheotomie gemacht und der Rachen mit einem Schwamm austamponirt. Dann wurde ein Hautlappen aus dem Gesicht abgelöst, wie bei jeder Kieferresection, doch wurde derselbe nicht nach aussen gedreht, sondern einfach vom Knochen abgelöst. Ein zweiter Lappen wurde dann aus der Schleimhaut des harten Gaumens gelöst und nach hinten gedreht. Mittelst der Knochenzange wurde dann die untere Partie des Oberkiefers mit daran hängender unterer Nasenmuschel gelöst und so gedreht, dass sie quer über der Wange lag. Auf diese Weise erhielt man einen grossen Raum, begrenzt nach oben von der Orbita, hinten der weiche Gaumen und in der Mittellinie das Septum der Nase, das ganz bloss lag und den Ursprung der Geschwulst deutlich erkennen liess. Diese wurde vollständig entfernt und der Oberkiefer wieder in seine Lage gebracht und mit Draht fixirt. — Die Entstellung nach Verheilung der Wunden war nur eine sehr unbedeutende. MACKENZIE-JOHNSTON.

48) **R. Williams** (Liverpool). **Postnasale Geschwülste. (Postnasal growths.)** *Liverpool Med. and Chir. Journal. Januar 1893.*

Nichts Neues. P. MC BRIDE.

49) **P. Macleod Yearsley** (Farringdon). **Blutung aus postnasalen Geschwülsten. (Haemorrhage from post nasal growths.)** *Brit. Med. Journ. 22. Juli 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. MACKENZIE-JOHNSTON.

50) **Charon** (Brüssel). **Fall von Nasenrachentumoren bei einem 8jährigen Kinde. Resection des Oberkiefers. Heilung. (Un cas de polypes nasopharyngiens chez un enfant de 8 ans; Résection du maxillaire supérieur. Guérison.)** *La Clinique. No. 32. 1893.*

Mittheilung in der belgischen chir. Gesellschaft (am 29. Juni 1893) über Nasenrachenpolypen, von denen der eine hühnereigrosse gestielt und zwischen der Lamina perpendicul. des Siebbeins und dem Vomer inserirt war, während der andere (ein Fibrosarcom) von der hinteren Fläche des Keilbeins neben der Apophysis basil. ausging und dreimal grösser war. Resection nach Liston. Heilung. BAYER.

51) **H. Clark. Adenom des Nasopharynx im Zusammenhang mit Bronchitis und Asthma. (Adenoma of the naso-pharynx in relation to bronchitis and asthma.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Mai 1893.*

C. berichtet über zwei Fälle von Bronchitis mit Anämie infolge von Verstopfung des Nasenrachenraums. Was das Asthma anlangt, so kann — vom richtigen Bronchialasthma abgesehen — kein Asthmaparoxysmus bestehen, ohne dass eine Läsion in den oberen Luftwegen vorliegt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) J. Solis-Cohen. **Nasenrachenraum- und Nasengeschwülste. (Rhino-pharyngeal and nasal neoplasms.)** *Philad. Med. News. 11. November 1893.*

Eine klinische Vorlesung mit Vorstellung folgender Fälle: 1. Ein Fall von Fibrosarcom des Nasenrachenraums, geheilt durch Electrolyse. 2. Ein Fall von tubulärem Epitheliom der Nase und der Kieferhöhle — mit wiederholtem Recidiv nach der Operation. 3 Ein Fall von Papillom der Uvula. 4. Multiple Myxome der Nase und schliesslich 5. zwei Fälle von lymphoider Hypertrophie im Pharynx oder, wie man gewöhnlich sagt, adenoiden Geschwülsten.

Die Krankengeschichte der Fälle wird ausführlich mitgetheilt und die chirurgischen Massnahmen, die in jedem Fall getroffen wurden, geschildert; die Frage der Diagnose und Prognose erörtert Verf. in jedem der Fälle in seinem bekannten klaren und präcisen Styl. LEFFERTS.

53) J. P. Paige. **Eine maligne Geschwulst im Nasopharynx eines Kindes. (A malignant growth in the naso-pharynx of a child.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 29. Juni 1893.*

Der Pat., ein Knabe von 4 Jahren, hatte einen Tumor im Nasenrachenraum, der diesen ausfüllte und so tief herabhing, dass er die Epiglottis berührte. Die Geschwulst wurde mit der Postnasal-Zange entfernt und mikroskopisch untersucht, wobei sich herausstellte, dass es sich um ein Myxo-Sarcom handelte. Einen Monat später hatte der Tumor nahezu wieder seine frühere Grösse. Das Kind starb an Inanition. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) Lermoyez (Paris). **Das Touchiren des Nasenrachenraums. (Le toucher naso-pharyngien.)** *Rev. gén. de clin. et de thérap. 1893. 29. October.*

Das Touchiren hält Verf. für das leichteste und allen Aerzten zugänglichste Verfahren zur Exploration des Nasopharynx. Seine Beschreibung des Modus operandi ist mit der dem Verf. eigenen Klarheit und Eleganz abgefasst und enthält vorzügliche practische Rathschläge.

Grosses Gewicht legt Verf. auf die Antisepsis des untersuchenden Fingers; nur dadurch ist das Uebertragen infectiöser Keime in das Cavum pharyngeale zu vermeiden.

Handelt es sich um ein Kind, so wird dieses auf den rechten Schenkel eines sitzenden Assistenten gesetzt, der die Beine des kleinen Pat. zwischen den seinigen, sowie dessen Arme mit seinen eigenen Händen leicht halten kann.

Der hinter dem Pat. und etwas rechts von ihm stehende Arzt ergreift sein Kinn mittelst der linken Hand und benützt den Daumen derselben, um die Wange des Pat. zwischen den Zähnen beider Kiefer derart einzudrücken, dass, falls der Pat. zu beissen versucht, er sich selbst beissen und des Schmerzes wegen davon abstehen muss.

Nach diesen Vorsichtsmassregeln benutzt der Zeigefinger das geringste Auseinanderweichen der Kiefer, um in den Mund bis zur Hinterwand des Rachens einzudringen. Dort verbleibt er bis zum Aufhören der spasmodischen Retraction des Velums, um sich dann ohne Gewalt hinter demselben nach oben einzuschleichen. Die nach oben gewandte Fleischseite (Pulpa) des Fingers kommt zuerst

mit der oberen Fläche des Velums in Berührung, dann mit dem hinteren Rande des Nasenseptums (einem bedeutenden Orientirungspunkt); weiter erkennt er das hintere Ende der Muschel und alle Einzelheiten der rechten seitlichen Wand (Oeffnung der Eustachi'schen Röhre, Rosenmüller'sche Grube etc.) endlich das Gewölbe des Rachens.

Die Exploration der linken lateralen Wand bietet mehr Schwierigkeiten und erfordert häufig eine Wiederholung der Untersuchung mittelst des linken Zeigefingers.

Verf. geht dann zur Aufzählung der am häufigsten durch das nasopharyngeale Touchiren erkannten Krankheiten über, unter welchen er den adenoiden Vegetationen die grösste Aufmerksamkeit widmet. LUC.

c. Mundrachenhöhle.

55) W. S. Gottheil. **Zwei Fälle von Lippen-Schanker bei Cigarrenmachern. (Two cases of labial-chancre in cigar-makers.)** *Med. News. 15. Juli 1893.*

Das Hauptinteresse der beiden Fälle liegt in der Beschäftigung der beiden Patienten. Es wurde festgestellt, dass die meisten Arbeiter in der Factorei ihre Fingerspitzen mit Speichel anfeuchteten, um die Cigarrenenden zu formen.

G. hält es für wahrscheinlich, dass diese Praxis den Ursprung manches sonst unerklärlichen Schankers an Lippe, Wange oder Mandeln erklärt und dass man sie auch für die vielen Fälle von Syphilis verantwortlich machen könne, in denen die initiale Läsion nicht zur Kenntniss gelangt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) Rantzoin (Bukarest). **Mit vollständiger rechtsseitiger Hasenscharte der Unterlippe complicirter Bruch des rechten Unterkieferastes. Bruch des Alveolarrandes des Oberkiefers. Bruch der Nasenknochen mit Einfallen derselben. Bruch des chirurgischen Halses des rechten Humerus. Vielfache Contusionen. Knochennaht. Chronische Septicämie. Heilung. (Fractura ramurei drepte a maxilarului inferior complicata de buza de epure accidentala, complecta inferivara laterala dreapta Fractura marginei alveolare a maxilarului superior. Fractura oaselor nasale en infundarea lor. Fractura gatului chirurgical al uuerulmi drept. Plagi contuse multiple. Sutura osoasa. Septicemie cronica. Vindecare.)** *Spitalul. 1893. No. 12.*

Dem ausführlichen Titel ist weiter nichts beizufügen, als dass es sich um einen 13jährigen Knaben handelte, der von einem beladenen Wagen überfahren worden war. Die Operation wurde von Prof. Romniceanu ausgeführt.

SENTINON.

57) R. J. Cornwell. **Ein ungewöhnlicher Fall von Cancrum oris. Heilung nach ausgedehntem Gewebsverlust. (An unusual case of cancrum oris. Recovery after extensive loss of tissue.)** *Southern Clinic. August 1893.*

Pat. war ein zweijähriges Kind. Das erkrankte Gewebe wurde mit der Scheere vom gesunden abgetragen und starke Caustika auf die gesammte erkrankte

Fläche aufgebracht, danach wurde täglich mit Wasserstoffsuperoxydlösung abgespült und Jodoform aufgestreut. Eine Zeitlang schien die Sache still zu stehen, bald aber wurde die linke Hälfte des Unterkiefers und die linke Backe neu ergriffen. Nun wurde radical eingegriffen, indem die ganze linke Hälfte des Unterkiefers, einschliesslich Zähne und Alveolarprocess, abgetrennt und exstirpirt wurde. Es gab eine starke Blutung, doch der Pat. genas schliesslich und befindet sich zur Zeit ganz wohl. W. J. SWIET (LEFFERTS).

58) **G. Elder** (Edinburgh). **Ein Fall von Cancrum oris. (Case of cancrum oris.)** *Edinburgh Med. Journ. Sept. 1893.*

E. berichtet über einen letalen Fall; er fand in demselben lange und relativ dünne, nach den Enden zu sich verjüngende Bacillen. Culturversuche auf Agar-Agar und Gelatine schlugen fehl. P. MC. BRIDE.

59) **R. A. Fleming** (Edinburgh). **Ein Fall von Cancrum oris, nebst einer kurzen Besprechung dieser Krankheit. (A case of cancrum oris with a short critique on the disease.)** *Edinburgh Med. Journ. Sept. 1893.*

Eine sorgsame Beschreibung des neuen Falles und zugleich ein vollständiges Resumé über die Literatur dieser Krankheit. P. MC BRIDE.

60) **Frederick Taylor** (London). **Noma. (Cancrum oris.)** *Brit. Med. Journal. Nov. 2. 1893.*

Demonstration der Patientin, eines 11jährigen Mädchens, am 27. October 1893 vor der Clinical Society of London. Das Leiden begann nach Abdominaltyphus. Die Eiterung, welche an der Wurzel eines Backenzahns begonnen hatte, wurde mit Applicationen von 10proc. Carbolsäure, gefolgt von Application von Acidum nitricum behandelt, und der gangränöse Process dadurch zum Stillstand gebracht. Die Patientin genas, aber mit einem gewissen Grade von Contraction des Mundes. SEMON.

61) **Ch. Goris. Zwei Fälle von Dermoidcysten am Mundboden, operirt von der Regio suprahyoidea aus. (Deux cas de kystes dermoides du plancher de la bouche, opérés par la region sus-hyoidien)** *Revue internat. de laryngol., otol. et rhinol. 25. Juli 1893.*

Der Verf. stellt zwei Kranke vor, die Dermoidcysten im Munde gehabt hatten. Die Operation von der Region oberhalb des Zungenbeins hatte sich leicht ausführen lassen und schnell zur Heilung geführt. E. J. MOURE.

62) **Wyatt Wingrave** (London). **Ein verbesserter Mund-Pfropfen oder -Knebel. (An improved mouth prop or gag.)** *Brit. Med. Journ. 12. August 1893.*

Beschreibung des Instrumentes. MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **Oskar Bloch** (Kopenhagen). **Präliminare Tracheotomie mit Tamponade des Pharynx und Aditus laryngis bei Operationen in der Mundhöhle m. m. (Præliminær Tracheotomi med Tamponade af Farynx og Aditus laryngis ved Operationer i Mundhulen m. m.)** *Hosp.-Tidende. 22. Nov. 1893.*

Verf. hat 14 totale Resectionen der Maxilla sup. in folgender Weise ge-

macht: Nachdem der Pat. tracheotomirt ist, wird der Aditus laryngis und Pharynx mit Jodoformgaze austamponirt. Die Resection des Kiefers wird dann gemacht, und wenn die Operation beendigt ist und Hautsuturen angelegt sind, wird erstens der Pharynxtampon und zweitens die Tracheotomiecanüle entfernt. Etwas Aehnliches ist von Nussbaum im Jahre 1869 und von Civel (de la trachéotomie etc. Thèse de Paris 1891) empfohlen. SCHMIEGELOW.

64) **v. Lenhossék. Der feinere Bau und die Nervenendigungen der Geschmacksknospen.** *Anat. Anzeiger. 4. 1893.*

Die mit der Golgi'schen Methode angestellten Untersuchungen ergaben, dass die Nerven an den Knospen stets frei endigen, indem sie dieselben mit ihren aufgesplitterten Enden im Ganzen korbartig umfassen. Da die Geschmackszellen bei Anwendung der genannten Methode sich leicht imprägniren, betrachtet sie v. L. als fortsatzlose kurze Nervenzellen. SEIFERT.

65) **Lange** (Rostock). **Ein Fall von beiderseitigem idiopathischen Hypoglossus-Krampf. — Ein Beitrag zur Lehre vom Ritter-Rollet'schen Phänomen.** *Archiv f. klin. Chirurgie. 46. Bd. 4. H. 1893.*

Ein 46 jähriges Mädchen litt an tonischem Krampf der Zunge, dieselbe lag sich selbst überlassen, vorgestreckt vor der Zahnreihe, willkürliche Bewegung war möglich, beim Sprechen und Essen verschwand der Krampf fast vollständig. Druck auf den weichen Gaumen brachten den Krampf sofort und für die Dauer des angewandten Druckes zum Verschwinden. Dehnung der Hypoglossi hatte keinen Erfolg, ebensowenig die Resection des linken Hypoglossus. Dagegen ergab eine Durchschneidung der Mm. genioglossi an der Spina mentalis interna ein befriedigendes Resultat. SEIFERT.

66) **J. M. Ray. Einige Erkrankungen des Drüsengewebes an der Zungenbasis — der sogen. Zungentonsille. (Some diseases of the glandular tissue at the base of the tongue — so called lingual tonsil.)** *Am. Practitioner and News. 12. August 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes. Bericht über einen Fall.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **G. Molinie. Bericht über einen Fall von doppelseitiger tertiärer Zungen- und Lippenentzündung. (Note sur un cas de glossite et de labialite doubles tertiaires.)** *Midi méd. 5. März 1893.*

Man weiss, dass die Mundöffnung, die so häufig der Sitz syphilitischer Früherscheinungen ist, von tertiären Erscheinungen meist verschont bleibt. Der Verf. berichtet über einen Fall, in dem der gummöse Process an der Unterlippe begann und sich rasch über das ganze Orificium buccale ausdehnte. An der Zunge waren ebenfalls syphilitische Manifestationen zu constatiren. E. J. MOURE.

68) **C. J. Ingals. Tuberculöse oder specifische Ulceration der Zunge. Specifische Geschwulst am weichen Gaumen. Folliculäre Tonsillitis. Glottiskrampf.**

(Tubercular or specific ulceration of the tongue. Specific growth on the soft palate. Follicular tonsillitis. Spasm of the glottis.) *Chicago Med. Review. August 1893.*

Eine klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

69) **G. W. Broome. Chirurgischer Eingriff wegen maligner Erkrankung von Mund und Zunge ohne Anaesthesie. (Surgical operation for malignant diseases of the mouth and tongue without an anaesthetic.)** *St. Louis Clinique. April 1893.*

Nach B. sollen bei Operationen an Mund und Zunge niemals Anaesthetica gegeben werden, theils wegen der Gefahr, dass das Blut in den Kehlkopf eindringt, theils weil der Pat., wenn er nicht narkotisirt ist, selbst dem Chirurgen erhebliche Dienste zu leisten vermag.

Ohne die Narkose würde man manche Operation, die gegenwärtig als klassisch gilt, verlassen, um zu einfacheren und weniger verstümmelnden Verfahren zu greifen, die den Pat. nicht in die Gefahr bringen, im eigenen Blute zu ersticken. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **B. Holmes. Ein Fall von Carcinom der Zunge, nach 2 partiellen Exstirpationen sich ausdehnend auf den Alveolarfortsatz; partielle Excision des Unterkiefers und der Zunge. Nach $3^1/_2$ Jahren kein Recidiv. (A case of carcinoma of the tongue extending after two partial extirpations to the alveolus; partial excision of the lower jaw; partial excision of the tongue; no recurrence after $3^1/_2$ years.)** *Chicago Med. Recorder. Juli 1893.*

Der Titel sagt das Wichtigste von dem Fall. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **L. C. Lane. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 16. September 1893.*

L. bespricht ausführlich die pathologische Anatomie, die Diagnose und die chirurgische Behandlung der epitheliomatösen Zungengeschwulst.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **A. Hecht** (Beuthen). **Ueber chronisch rheumatische Halsaffectionen.** *Therap. Monatsh. 1893. November.*

Beschreibung eines angeblich hierher gehörigen Falles. A. ROSENBERG.

73) **R. St. Philippe. Diagnostik der Anginen. (Diagnostic des angines.)** *Journ. de médecine de Bordeaux. 15. October 1893.*

Verf. weist auf die Schwierigkeit der differentiellen Diagnose zwischen den verschiedenen Formen von Angina hin; er führt die Besonderheiten und die charakteristischen Symptome einer jeden auf, betont aber, dass man ohne mikroskopische und bakteriologische Prüfung nicht zu einer sicheren Diagnose zu kommen vermag. E. J. MOURE.

74) J. W. Brannan. **Die phlegmonöse Angina und ihre Behandlung durch frühe Incision. (Phlegmonous angina and its treatment by early incision.)** *Sanitarian. Juli 1893.*

Bis vor Kurzem wurde diese Affection der Tonsillitis zugerechnet, obgleich in $^{4}/_{5}$ der Fälle der Abscess ausserhalb der Mandel sich bildet.

Die frühe Incision, selbst bevor Pus gebildet ist, erleichtert die Spannung und der Pat. fühlt sich danach wohler. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) Ino. W. Brannan. **Die phlegmonöse Angina und ihre Behandlung durch zeitige Incision. (Quinsy and its treatment by early incision.)** *N. Y. Medical Record. 28. October 1893.*

Die interessante Arbeit behandelt mehrere Punkte von speciellerer Bedeutung. Der erste betrifft die Lokalisirung des Abscesses. Die meisten Autoren stimmen über die Stelle, an der der eitrige Process sich lokalisirt, und über den zur Incision geeigneten Punkt überein. Die Entzündung beginnt im Bindegewebe um die Tonsille und dehnt sich gewöhnlich in den weichen Gaumen hinein aus; es ist rathsam, die Eröffnung vorzunehmen in einem Punkte, der der Mitte zwischen Uvula und oberem Alveolarfortsatz der erkrankten Seite entspricht.

Der zweite Punkt betrifft die Gefahr der Verletzung grösserer Blutgefässe bei der Incision des Abscesses. Nach B. liegt der weiche Gaumen, an dem die Incision gewöhnlich stattfindet, beim Erwachsenen mindestens 3 cm von der Wirbelsäule ab, auf der die Carotis interna aufliegt. Selbst beim Kinde ist dieser Zwischenraum ein beträchtlicher, relativ noch grösser als beim Erwachsenen. Bei einer Anzahl von Sectionen Neugeborener, die B. zu machen in der Lage war, fand er den Raum zwischen Rand des Gaumens und vorderer Fläche der Wirbelsäule in keinem Falle geringer als 1,5 cm. Diese Maasse aber gelten für den normalen Pharynx; in unseren Fällen aber ist der weiche Gaumen doch durch die Eiteransammlung so weit nach vorn gedrängt, dass sein vorderer Rand nahezu um das Doppelte von den Wirbeln absteht. Es kann deshalb ein Einschnitt selbst von 2 cm Tiefe die Carotis interna noch nicht erreichen. Und ganz dasselbe gilt von der Art. pharyngea ascendens, die ebenfalls an den Wirbeln liegt.

Nachdem B. die Unmöglichkeit der Verletzung der Carotis dargelegt, wendet er sich den von Bosworth, Gray und Cruveilhier mitgetheilten Fällen zu. B. hat diese Fälle genau geprüft und findet in keinem derselben den Nachweis durch die Autopsie erbracht, dass die Arterie mit dem Messer verletzt wurde. Verf. giebt einen detailirten Bericht über diese Fälle und zeigt aus den Krankengeschichten, dass die Blutgefässe wohl bereits erkrankt waren, bevor der Chirurg einschritt. Man findet nämlich, wie die von Duke und Murphy mitgetheilten Fälle beweisen, in manchen dieser Fälle von letaler Blutung bei phegmonöser Angina, bei der Autopsie eine Erosion oder Ruptur von Gefässen, gewöhnlich der Carotis interna.

Nach Ansicht der Chirurgen leisten die Arterienwände der destructiven Thätigkeit des Eiters lange Widerstand, so dass selbst ein fortgesetzter Contact

mit dem Eiter die Perforation des Gefässes nicht herbeiführt, wenn nicht eine lokale mechanische Reizung, sei's durch ein Drainrohr, sei's durch einen Knochensequester, sich hinzugesellt.

Monod, dem wir eine interessante Studie über diese Frage verdanken, hat 88 Fälle von Erosion von Arterien gesammelt, darunter 6 von Erosion der Carotis bei phlegmonöser Angina. Vergely fügt diesen 10 andere hinzu, einen aus seiner eigenen Praxis. Vier von Vergely's Fällen sind nicht ganz strict Beispiele von acuter Eiterung der Tonsillargegend; B. scheidet sie deshalb aus. B. selbst findet noch 8 einschlägige Fälle in der Literatur, im Ganzen also 20. In allen diesen bestand acute Phlegmone des Schlundes, nur einer von Duke, mit längerer Dauer der Symptome und durch ein Trauma complicirt, ist etwas zweifelhaft. Alle diese Fälle gleichen einander so sehr, dass B. auf eine detailirte Wiedergabe jedes einzelnen verzichten kann. Bei 18 war die Eröffnung des Abscesses eine spontane, bei 3 am dritten Krankheitstage, bei 4 am achten, bei 1 erst am zwölften. Bei zwei Fällen, denen von Duke und Murphy, folgte die Blutung dem operativen Eingriff. Die Carotis communis wurde in 7 Fällen unterbunden; 4 davon genasen, 3 starben an secundärer Blutung oder unter cerebralen Symptomen. Von den 13, bei denen die Carotis nicht unterbunden wurde, starben alle bis auf einen; dieser wurde offenbar durch die Syncope gerettet, man nahm als Ursprung der Blutung die Carotis interna an. Autopsien liegen von 8 unter diesen 20 Fällen vor; es ergab sich eine Perforation der Carotis interna 5 mal; die Art. maxillaris interna war die Quelle der Blutung in 1 Fall, ein Ast des Carotis externa 1 mal und 1 mal die Art. tonsillaris.

In den Fällen ohne Autopsie und in den geheilten wurde die Blutung in allen bis auf einen der Art. carotis interna zur Last gelegt; in dem einen Falle wird die Art. pharyngea ascendens angeschuldigt, ohne dass rechte Gründe für diese Annahme vorgebracht werden.

Der Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Bei der phlegmonösen Angina liegt der entzündliche Process gewöhnlich um die Tonsille, nicht in derselben.
2. Kommt es zur Bildung von Pus, so soll derselbe so früh wie möglich entleert werden.
3. Wenn nicht Zeichen anderweitiger Localisation vorliegen, soll die Incision durch den weichen Gaumen direct nach hinten stattfinden.
4. Ist die Spannung der Theile eine sehr grosse, so ist die Incision indicirt, selbst wenn noch kein Eiter sich gebildet hat.
5. Bei dem gewöhnlichen chirurgischen Vorgehen liegt eine Gefahr der Verletzung der Carotis interna nicht vor.
6. In Fällen von tiefsitzender Entzündung, bei denen der Eiter nur langsam zur Oberfläche vordringt, kann eine Erosion der benachbarten Arterien stattfinden. In solchen Fällen muss man deshalb im Moment des Durchbruchs des Abscesses in den Pharynx auf eine arterielle Blutung sich gefasst machen. LEFFERTS.

76) **W. N. Thursfield** (Shrewsbury). **Contagiöse Cynanche. (Contageous cynanche.)** *Brit. Med. Journ. 15. Juli 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber nimmt T. auf den kürzlich veröffentlichten Bericht der Medical officers of health Bezug. Er betont nachdrücklich, dass nach seiner eigenen Erfahrung bei einem epidemischen Auftreten von Halskrankheiten eine grosse Zahl von Fällen irgend einen nachweisbaren Zusammenhang unter einander zeigt. MACKENZIE-JOHNSTON.

77) **Escherich** (Graz). **Ueber diphtheroide Rachenerkrankungen.** *Mittheil. des Vereins d. Aerzte in Steiermark. 1893. p. 21.*

Die Gruppe der unechten Diphtherien, welche klinisch mit Diphtherie verwechselt werden können, aber bei bakteriologischer Untersuchung den Diphtherie-Bacillus vermissen lassen, bezeichnet E. mit Diphtheroiden und bespricht die verschiedenen Formen der Tonsillarerkrankung, welche in diese Gruppe gehören, die eine Form der Angina, bei welcher sich auf den Tonsillen resp. in den Lakunen breiige weisse Massen bilden, bezeichnet E. als Angina lacunaris pultacea, jene andere Form, bei welcher gelbliche bis strohgelbe oft zusammenfliessende Tropfen sich bilden, belegt E. mit dem Namen: Angina lacunaris purulenta. Eine weitere oft epidemisch auftretende Form stellen die Streptokokken-Diphtheroide dar, bei welcher nur Streptokokken in dem fibrinösen Exsudat gefunden werden. Das Erscheinen von Exanthemen auf der Haut bei dieser Form hat auch E. beobachtet. SEIFERT.

d. Diphtherie und Croup.

78) **P. F. Holst** (Norwegen). **Die bakteriologische Diagnose der Diphtheritis und deren praktische Bedeutung. (Den bakteriologiske Diagnose af Difteri og sammes praktiske Betydning.)** *Norsk Mag. for Lägevidensk. April 1893.*

In der Hauptsache ein resumirender Artikel. SCHMIEGELOW.

79) **Philip** (Berlin). **Zur Aetiologie und Statistik der Diphtherie.** *Archiv für Kinderheilk. XVI. H. III—IV.*

Von 420 im Diphtherie-Pavillon des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses verpflegten Kindern wurden 376 Fälle bakteriologisch untersucht. In 332 Fällen wurden Diphtheriebacillen, in 44 Fällen nur Kokken gefunden. Die Mortalität betrug 39,3 pCt. 123 Kinder wurden tracheotomirt resp. intubirt, davon wurden geheilt 25 pCt. Lähmungen kamen 60 Mal zur Beobachtung.

SEIFERT.

80) **Langfeldt** (Ingelfingen). **Ueber die Verbreitung der Diphtherie.** *Der ärztl. Praktiker. 1893. No. 32.*

Eingehender Bericht über eine Dorfepidemie. A. ROSENBERG.

81) .... **Das Vorherrschen der Diphtheritis. (The prevalence of diphtheria.)** *Lancet. 12. August 1893.*

Bemerkungen, die an ein paar locale Epidemien anknüpfen; ohne besonderes Interesse. MACKENZIE-JOHNSTON.

82) **J. Eustace Hill** (Durham). **Diphtherie und specifische Halsaffectionen. (Diphtheria and specific throat affections.)**

83) **Sidney Davies** (Plumstead). **Die Ursachen der Zunahme der Diphtherie in städtischen Districten. (The causes of increase of diphtheria in urban districts.)** *Brit. Med. Journ. 19. August 1893.*

Zwei Vorträge aus der Section of Public Medicine; es schloss sich eine längere Discussion über die Entstehungsursachen der Diphtherie an.

MACKENZIE-JOHNSTON.

84) .... **Die Zunahme der Diphtheritis in London. (The increase of diphtheria in London.)** *Brit. Med. Journ. 30. September 1893.*

Der Artikel behandelt das zunehmende Auftreten der Diphtherie in London. In der letzten Woche wurden 88 Todesfälle zur Anzeige gebracht. in Behandlung standen in den städtischen Krankenhäusern im Ganzen 287 Fälle. Es drängt sich die Frage auf: welchen Effect hat die Ansammlung so zahlreicher Erkrankungsfälle von Diphtherie auf die übrigen Hospitalkranken und auf die Lokalitäten? MACKENZIE-JOHNSTON.

85) **A. Voûte jr.** (Amsterdam). **Beitrag zur Kenntniss der „Diphthérie prolongée". (Bijdrage tot de kennis der „diphthérie prolongée".)** Nederl. Vereeniging voor paediatrie. Voordrachten in de Vergadering van 24. Juni 1893. Utrecht, J. L. Beyers. 1893.

Ein Fall von Rachen-Diphtherie, bei welchem die bakteriologischen Culturuntersuchungen die Anwesenheit von Diphtheriebacillen nebst Kokken und Leptothrixähnlichen Gebilden ergaben. Der Verlauf war ein protrahirter; die Euphorie des 8jährigen Patienten indessen kaum gestört. Nachdem die Rachenaffection 44 Tage gedauert, wurden in den Membranen Diphtheriebacillen nicht mehr, dagegen leptothrixartige Gebilde in grosser Menge angetroffen. Letztere sahen zwar dem Leptothrix buccalis ähnlich, zeigten aber die charakteristische Reaction nicht. Nach V. seien sie vielleicht mit dem Miller'schen Bacillus maximus buccalis identisch.

Das Kind wurde dann von dem zugezogenen Halsarzt, Dr. Posthumus Meyes mittelst Ichthyol-Zerstäubungen ($^3/_4$ pCt.) und Schlitzung der Mandeln (in welcher Zeit? Ref.) geheilt. H. BURGER.

86) **Holger Rördam** (Denmark). **Ueber Diphtheritis (Om Difteritis.)** *Hospit.-Tidende. 2. August 1893.*

Der Verf. versucht zu zeigen, dass, während die übrigen epidemischen Krankheiten oft in einem Theile des Landes epidemisch auftreten ohne dass ein einziger Fall der Krankheit sich in einem anderen Theile des Landes zeigt, mit

der Diphtherie es sich anders verhält. Bei Untersuchung nämlich diesbezüglicher statistischer Daten hat der Verf. gefunden, dass, wenn die Diphtheritis in einem Theile des Landes abnimmt, dasselbe auch in den übrigen Provinzen der Fall ist, und wenn sie an einem Orte zunimmt, so geschieht dasselbe auch in allen anderen. SCHMIEGELOW.

87) **E. B. La Fevre. Die exsudativen Anginen — eine neue Classification. (The exsudative anginae — a new classification.)** *Med. Herald. September 1893.*

Der Verf. theilt die Affectionen in 1. solche, die ihren Ursprung innerhalb des Larynx nehmen, und 2. solche, die in Geweben oberhalb des Kehlkopfs beginnen. Diese Theilung ergiebt sich aus der Verschiedenheit in der Prognose, wie sie in ausgesprochenster Weise zwei Affectionen darbieten, welche genau denselben membranösen Charakter zeigen, von genau demselben Keim erzeugt werden und nur in den beiden verschiedenen Lokalitäten ihren Ursprung nehmen. In der Regel erfolgt die Heilung um so sicherer, je höher im Respirationstractus die Krankheit gelegen ist. Die Ursache hierfür giebt wohl die Verschiedenheit der Lymphbahnenanordnung in den verschiedenen Theilen ab.

Classification:

1. Diphtheritische Laryngitis; Ursache Klebs-Löffler'scher Bacillus; Ursprung im Larynx; Ausgang stets letal.

2. Diphtheritische Pharyngitis; Tonsillitis etc.; Ursache die gleiche; Ursprung: jeder Theil des Respirationstractus oberhalb des Larynx; weitere Ausdehnung in der Weise, dass der grössere Theil des Larynx mitbefallen wird; stets letal, nur bei Erwachsenen, und wenn der Larynx nicht betheiligt ist, bessert sich die Prognose.

3. Echter Kehlkopfcroup; Ursache unbekannt. Symptome etwas milder als bei der diphtheritischen Form.

4. Echter Rachen-Tonsillar- etc. Croup; Ursache wie im Larynxcroup; Prognose bei laryngealer Erkrankung im allgemeinen schlecht, bei Erkrankung des Pharynx, der Tonsillen, überhaupt aller Theile oberhalb des Larynx viel günstiger, obgleich noch manche Patienten sterben.

5. Laryngealer Pseudocroup; Ursache unbekannt; Ursprung im Larynx. Prognose bei kräftigen Individuen gut.

6. Pseudocroup des Rachens, der Tonsillen etc.; Ursache wie in 5.; Ursprung in der Schleimhaut oberhalb des Larynx; Prognose gut.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

88) **Bernhard** und **Felsenthal** (Berlin). **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Diphtherieniere.** *Arch. f. Kinderheilk. XVI. H. III—VI.*

Die am Materiale des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause angestellten Untersuchungen ergaben, dass an den Nieren, welche makroskopisch nur selten eine stärkere Vergrösserung zeigten, mikroskopisch vor Allem parenchymatöse Veränderungen zu finden waren. Die Verff. bezeichnen die Nierenveränderungen bei Diphtherie als acute toxische Nephritis. SEIFERT.

89) **A. Baginsky** (Berlin). **Die klinischen Erscheinungen der diphtherischen Nierenerkrankung.** *Arch. f. Kinderheilk. XVI. H. III—VI.*

Die Albuminurie ist kein gleichgiltiges Phänomen für den Ablauf des diphtherischen Processes. Diejenigen Fälle von Diphtherie, welche ohne Albuminurie verlaufen, sind zwar keineswegs gefahrlos für das kindliche Leben, sie pflegen indess weit leichter zu sein und bessere Chancen für die Heilung zu bieten, als die mit Albuminurie complicirten Erkrankungsfälle. Bei den tracheotomirten Fällen von Diphtherie ist die Albuminurie prognostisch nicht so bedeutungsvoll wie bei denjenigen, welche ohne Tracheotomie verlaufen. SEIFERT.

90) **H. E. Tuley. Membranöser Croup oder Diphtherie? (Membranous croup or diphtheria?)** *Archives of Pediatrics. August 1893.*

Die Diagnose blieb in dem T.'schen Falle zweifelhaft, bis die Culturen der Diphtheriebacillen ihn als Diphtherie erwiesen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Escherich** (Graz). **Ueber idiopathischen Croup.** *Mittheil. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. 1893. p. 16.*

E. berichtet über mehrere Fälle von idiopathischem Croup, welche nicht durch den virulenten Diphtheriebacillus hervorgerufen wurden. SEIFERT.

92) **J. B. Murphree. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journal Am. Med. Associat. 5. August 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **E. van den Hoeven** (Haag). **Ueber die Behandlung der Diphtherie. (Over de Behandeling van diphtheritis.)** Nederl. Vereeniging voor paediatrie. Voordrachten in de vergadering van 24. Juni 1898. Utrecht, J. L. Beyers. 1898.

Besprechung der Diagnostik und Therapie der Diphtherie. Das chinesische Heilmittel gegen Diphtherie (A. G. Vorderman, De chineesche behandelingswyze van keeldiphtheritis. Batavia 1890) wurde erst in wenigen Fällen versucht. Ein paar Male sah v. d. H. nach den Einblasungen die Membranen verhältnissmässig rasch schwinden. Die Behandlung im Haag'schen Kinderkrankenhaus besteht hauptsächlich in Isolation, fortwährende Kalkwasserverdämpfung über dem Bette, permanente Eisumschläge, Gurgelungen mit eiskaltem Kalkwasser, innerlichem Gebrauch von Chinin, Wein, Bouillon, Milch. Beim Uebergreifen des Processes auf den Kehlkopf wird die Tracheotomie gemacht. Von 30 diphtheriekranken Kindern heilten 6 ohne Tracheotomie. Von den 24 Operirten starben 17 und wurden 7 geheilt entlassen. H. BURGER.

94) **Winternitz** (Wien). **Angina diphtherica und ihre hydriatische Behandlung.** *Blätter f. klin. Hydrother. 12. 1893.*

Mittheilung eines Falles von schwerer Diphtherie der Nasen-Rachen-Kehlkopfhöhle, welcher mit Theilwaschungen des Körpers (10° Wassertemperatur) und nachfolgenden feuchten Einpackungen und ausserdem mit Jodoformeinblasungen behandelt worden war, Heilung. W. empfiehlt, jede fieberhafte Erkrankung von Anfang an hydriatisch zu behandeln. SEIFERT.

95) W. S. Barber. **Natur und Behandlung der Diphtheritis. (Nature and treatment of diphtheria.)** *Med. Fortnightly. 1. August 1893.*

Nichts von Interesse; B. giebt die Krankengeschichte eines Falles.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) J. J. Smith. **Natur und Behandlung der Diphtherie. (Nature and treatment of diphtheria.)** *Indiana Med. Journal. 12. August 1893.*

Wenn es wahr ist, dass es zwei Erkrankungszustände giebt, die nur im Laboratorium sich von einander unterscheiden lassen, dann ist damit auch eine Erklärung gegeben für die durch verschiedene Behandlungsmethoden erzielten Resultate, für die glaubwürdigen Versicherungen, die man so oft hört, über den Werth specieller Medicamente und Methoden.

Das Sublimat erscheint S. doch wohl als das im Allgemeinen nützlichste Medicament. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) J. A. Rottanzi. **Unsere Medicamente gegen Diphtheritis. (The therapeutics of diphtheria.)** *Occidental Med. Times. August 1893.*

R. empfiehlt die lokale Application von Tannin.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) A. Rose. **Methylenblau als Mittel gegen Diphtherie. (Methylene Blue as a remedy against diphtheria.)** *Med. Record. 26. August 1893.*

Unter dem Eindruck des Artikels von Dr. A. Kasem-Beck im Centralblatt für klinische Medicin vom 24. Juni 1893 „Zur Behandlung der Malaria mit Methylenblau und über die lokale Application dieses Mittels bei Diphtheritis" probirte Rose das Methylenblau in mehreren Fällen von Diphtherie und zwar mit vorzüglichstem Erfolge. Man kann es äusserlich in wässriger Lösung (1 : 9) oder innerlich in Kapseln anwenden. R. nimmt mit Beck an, dass das Mittel in den Kreislauf übergeht und auf den Verlauf der Erkrankung einen Einfluss übt.

Aus theoretischen Ueberlegungen schlägt R. auch einen Versuch mit Methylenblau-Kapseln bei Keuchhusten vor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Trachea

99) J. E. Boylan. **Papilläre Fibrome des Kehlkopfs in der Kindheit. (Papillary fibromata of the larynx in childhood.)** *Internat. Med. Mag. Febr. 1893.*

Eine klinische Vorlesung. Die Geschwülste wurden durch eine Reihe von Operationen entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) Lavrand. **Frisches Papillom der Stimmbänder bei einem Syphilitiker; Heilung durch endolaryngealen Eingriff. (Papillome recent des cordes vocales chez un syphilitique. Guérison par la voie endolaryngée.)** *Journal des sciences médicales de Lille. 17. März 1893.*

Ein Fall von congestiver catarrhalischer Laryngitis bei einem Syphilitiker, hervorgerufen durch Alkohol- und Tabakmissbrauch; gleichzeitige Entwicklung

multipler Polypen, die Verf. mit der Zange entfernen konnte. L. schliesst an die Krankengeschichte einige interessante Reflexionen über die Entwicklung dieser Tumoren an.

E. J. MOURE.

101) **Bark** (Liverpool). **Kehlkopfpapillom. (Laryngeal papilloma.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Juli 1893.*

Vorstellung eines operirten Falles.

P. MC BRIDE.

102) **Bernard Pitts** (London). **Die Chirurgie der Luftwege und des Thorax bei Kindern. (The surgery of the air passages and thorax in children.)** *Lancet. 9., 23., 30. September 1893. British Med. Journal. 15., 22. u. 29. Juli 1893.*

Ein Auszug aus Vorlesungen, die P. im Royal College of Surgeons of England gehalten hat. Der Verf. giebt eine interessante und lehrreiche Zusammenstellung derjenigen Zustände, die eine operative Therapie im Halse von Kindern erfordern. Am ausführlichsten bespricht P. die Larynxpapillome und dann die Intubation und die Tracheotomie, beider Technik und beider Werth.

MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Folgen der intralaryngealen Entfernung eines cystischen Tumors aus dem Larynx einer 80jährigen Frau. (Sequel to a case of intralaryngeal removal of a cystic tumour of the larynx in a woman 80 years of age.)** *Brit. Med. Journ. 21. October 1893.*

Der Fall ist früher publicirt; M. trägt nur nach, dass ein Recidiv nicht erfolgt ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

104) **W. Scheppegrell. Nicht-maligne Tumoren des Kehlkopfs. (Non-malignant tumors of the larynx.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. Nov. 1893.*

Ein allgemeines Resumé über diesen Gegenstand unter Zugrundelegung einiger eigenen Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **Felix Semon** und **Samuel G. Shattock** (London). **Weiterer Bericht über einen Fall von anomalem Kehlkopftumor. (Sequel of a case of anomalous tumour of the larynx.)** *British Med. Journ. Dec. 23. 1893.*

Dieser am 19. December 1893 vor der Pathological Society of London gehaltene Vortrag bringt den weiteren Bericht über den schon mehrfach (Vol VIII. pp. 296, 298 u. pp. 317, 318) im Centralblatt erwähnten Fall, welcher ursprünglich für ein Angiom gehalten, sich zunächst als ein von einem Blutgerinnsel umgebenes Papillom, und schliesslich als eine bösartige Neubildung entpuppte. Die Autoren recapituliren die den Lesern des Centralblatts bereits bekannte klinische Geschichte des Falles, und bringen sodann eine äusserst eingehende Beschreibung des ganz ungewöhnlichen histologischen Befundes. Sie sprechen schliesslich die Vermuthung aus, dass die Neubildung in diesem Falle eine Parallele zu den villösen oder Drüsenausführungsgangs-Carcinomen der weiblichen Brust bilde. Die genaue Schilderung des mikroskopischen Befundes muss im Original studirt werden. Zum Schlusse betonen sie noch einmal ihre feste Ueberzeugung, dass es sich in diesem Falle um eine primäre bösartige Neubil-

dung, nicht um den Uebergang einer primär gutartigen in eine bösartige Geschwulst gehandelt habe, und protestiren auf das energischste gegen den von Mr. Lennox Browne in Burnett's „System of Diseases of the Throat and Ear", mit Verschweigung der wichtigsten Thatsachen und ihrer eigenen Ansichten gemachten Versuch, diesen Fall für seine Theorien hinsichtlich der speciellen Neigung der gutartigen Kehlkopfgeschwülste zur Umwandlung in bösartige zu verwerthen.

In der Discussion vertheidigte zunächst Mr. Browne seine Anschauung, und kritisirte die von den Vortragenden vorgebrachten Thatsachen und Anschauungen. Nachdem jedoch alle folgenden Redner (die Herren Butlin, Victor Horsley und A. A. Bowlby) sich vollständig auf die Seite der Vortragenden gestellt und ihrer Ueberzeugung Ausdruck gegeben hatten, dass die vorliegende Neubildung primär bösartig gewesen sei, und nachdem Mr. Shattock dies noch weiter vom pathologisch-histologischen Standpunkt begründet hatte, zog Mr. Browne plötzlich seine Ansichten zurück und erklärte, dass er den Fall nicht länger als ein Beispiel von Umbildung betrachte. (!! Ref.) — Die Präparate wurden der für die Begutachtung ungewöhnlicher Geschwulstformen eingesetzten Commission der Pathological Society zu weiterer Berichterstattung überwiesen. SEMON.

106) **A. v. Sokolowski** (Warschau). **Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Ueberganges gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 1.*

Ausführliche Beschreibung eines hochinteressanten Falls, der die Möglichkeit der Irrthümer illustrirt, welche in der Beurtheilung eines etwaigen Uebergangs eines benignen Tumors in einen malignen unterlaufen können. Hätte S. nicht den ursprünglich für eine gutartige Geschwulst des Kehlkopfs gehaltenen runden glatten aus dem Ventrikel entspringenden Tumor aufbewahrt und durch nachträgliche genaue mikroskopische Untersuchung die krebsige Natur desselben nachweisen können, so würde man bei dem langsamen Verlauf und dem Fehlen charakteristischer Symptome an eine Umwandlung einer von anderer Seite als Adenom angesprochenen Neubildung in ein Carcinom haben glauben müssen.

Die Einzelheiten der sehr interessanten Krankengeschichte müssen im Original nachgesehen werden. A. ROSENBERG.

107) **Dauzac. Papilläres Sarcom der unteren Fläche des rechten Stimmbandes. (Sarcome papillaire de la corde vocale inferieure droite.)** *Annales des malad. de l'oreille et du larynx. April 1893.*

Krankengeschichte mit histologischer Untersuchung des Tumors.

E. J. MOURE.

108) **A. Bruck** (Berlin). **Sarcom des Kehlkopfs.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 37.*

Beobachtung aus der Poliklinik von Prof. Krause. Der Kranke war ein 57jähriger Mann, bei welchem etwa $^3/_4$ Jahr vor der Beobachtung Heiserkeit und Husten aufgetreten war. Lungen gesund. Syphilis ausgeschlossen. Rechte Kehlkopfhälfte vergrössert, theilweise bis über die Mittellinie vorgewölbt. Taschen-

band mit intacter Schleimhaut kuglig vorgewölbt von einem unter ihm mit einem schmalen Saum zu sehenden Tumor, der auch das Stimmband grösstentheils verdeckt. Nirgends ein Infiltrat oder zapfenförmiger Auswuchs. Aussen am Halse hühnereigrosser Tumor zu fühlen. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stücks ergab Rundzellensarcom.

Bei der durch Prof. Gluck vorgenommenen Operation fanden sich Drüsentumoren, die bis an die Schädelbasis, medianwärts bis dicht an den Larynx, in der Tiefe bis an die grossen Halsgefässe, nach unten bis an den jugularen Venenwinkel reichten. Exstirpation derselben und der rechten Kehlkopfhälfte. Tod nach 3 Tagen im Coma. Obduction nicht gemacht.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass auch das Stimmband sarcomatös entartet war.

Die Frage, ob der primäre Sitz des Sarcoms im Kehlkopf gewesen und von ihm aus die Lymphdrüsen inficirt, oder ob die Lymphdrüsen an der Schädelbasis zuerst erkrankt und von ihnen aus das Sarcom entgegen dem Lymphstrom auf den Larynx übergegriffen habe, wird unentschieden gelassen. LANDGRAF.

109) H. F. Fischer. **Maligne Geschwülste im Larynx. (Malignant growths in the larynx.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. Juli 1893.*

Verf. berichtet über einen Fall und erwähnt die gebrauchten (homöopathischen) Medicamente — der Kranke starb. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) Th. Gluck. **Beitrag zur Diagnose und Therapie maligner Larynxtumoren.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 51.* Discussion: *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 48.*

Gluck stellte in der Berl. med. Ges. einen 68jährigen Herrn vor, bei welchem er eine halbseitige Kehlkopfexstirpation gemacht hatte. Der Kranke war ihm von Prof. Krause, welcher die Diagnose gestellt hatte, zugesandt. Nach $^5/_4$ Jahren kein Recidiv.

Gl. knüpft an diesen Fall Bemerkungen über die Operationstechnik. Er führt post operationem von der Halswunde aus ein weiches weites Schlundrohr in den Oesophagus und fixirt dies an der äusseren Haut.

Die Frage v. Bergmann's, wie das zu bewerkstelligen sei, ohne den Oesophagus aufzuschneiden, blieb ohne Antwort.

Neue Gesichtspunkte für die Diagnose bringt die Mittheilung nicht.

LANDGRAF.

111) Sabrazès und Treche. **Primäres Carcinom des Sinus pyriformis einen Fremdkörper im Larynx vortäuschend. (Carcinom primitif du sinus pyriforme simulant un corps étranger du larynx.)** *Annales des malad. de l'oreille et du larynx. Juni 1893.*

Im Sinus pyriformis des 55jährigen Mannes sahen die Verf. eine weissgraue, pseudomembranöse Masse, die einem Fremdkörper glich, dabei aber einen malignen Tumor vorstellte, welcher bald genug die Tracheotomie nöthig machte.

E. J. MOURE.

112) **R. Krieg** und **C. Knauss** (Stuttgart). **Drüsenepithelkrebs des Kehlkopfs.** *Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893. I. 2.*

Ausführliche Beschreibung eines Falles von mikroskopisch (durch Knauss) nachgewiesenem Drüsenepithelkrebs. Auffällig in dem Verlaufe sind folgende Umstände; Der Tumor bestand seit 1887, d. h. 6 Jahre und 2 Monate. In den 4 Jahren der Beobachtung hat sich der Anheftungsbezirk nach keiner Richtung hin vergrössert; der Ernährungszustand ist noch immer ein ausgezeichneter; weder die erst beobachtete Geschwulst noch die nach zweimaliger Ausräumung derselben eingetretenen Recidive zeigten irgendwo eine Geschwürsfläche, sondern waren überall von glatter Schleimhaut überzogen; die endolaryngealen Eingriffe zeigten jedesmal nur eine sehr mässige Reaction, so dass man nach dem klinischen Verlaufe in der That an der Diagnose zweifeln könnte. In einem zweiten Falle von Drüsenepithelkrebs, in dem ebenso wie im ersten eine Resection verweigert wurde, ergab das endolaryngeale Verfahren ebenfalls vorzüglichen Erfolg.

Wenn demnach bei Kehlkopfcarcinom ein radicaleres Verfahren verweigert wird, oder sonst unthunlich erscheint, so empfiehlt sich ein energisches endolaryngeales Verfahren (Schlinge, scharfer Löffel, Schneidezange, Galvanokaustik) als segensreiche Operation. (Vgl. dagegen Ref. 116 dieser Nummer, und Centralblatt Vol. VI, p. 287 et seq. Red.) A. ROSENBERG.

113) **Perier. Ein Fall von Totalexstirpation des Kehlkopfs ohne vorherige Tracheotomie mit künstlicher Wiederherstellung der Stimme. (Sur un cas d'exstirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable avec rétablissement artificial de la phonation.)** *Annales des malad. du larynx. August 1893.*

Verf. beschreibt sein Verfahren; er macht zwei transversale Incisionen von einem Sternocleidomastoideus zum anderen, die erste unter dem Zungenbein, die zweite 1 cm unterhalb des Ringknorpels. Ein Medianschnitt verbindet dann diese beiden Schnitte. Nach Präparirung der beiden Lappen kommt P. auf das Kehlkopf-Luftröhrenskelett, das er mit einem einzigen Schnitt durchschneidet.

E. J. MOURE.

114) **Meder** (Neukirchen). **Ueber Nachbehandlung bei Kehlkopfexstirpation.** Dissertation. Marburg. 1893.

An der Hand zweier von Roser operirten Fälle von Kehlkopfkrebs (2 Frauen) bespricht M. das von Roser geübte Verfahren der Nachbehandlung bei Kehlkopfexstirpation. SEIFERT.

115) **Juán Cisneros** (Madrid). **Vier Fälle von theilweiser Kehlkopfentfernung. (Cuatro casos de extirpaciòn parcial de la laringe.)** *Archivo internacional de rino-laringo-otologia. April 1893.*

1. Fall: 43jährige Frau; Spindelzellensarcom auf dem linken Taschen- und Stimmbande; 12 Tage nach dem Luftröhrenschnitt wird die linke Hälfte des Kehlkopfs entfernt. Am 3. Tage nach der Operation stirbt die Frau plötzlich nach einem jähen Trunk vielen Wassers. — 2. Fall: 52jähriger Mann mit Verdacht auf Syphilis. Cylinderepitheliom vorn links bis zum Grunde des Kehldeckels. Am 10. März 1890 Luftröhrenschnitt: am 19. November wird die linke

Seite des Schild- und Ringknorpels weggenommen. December 1892 wird sehr langsam fortschreitende Wiedererzeugung der Geschwulst constatirt; jedoch hat Patient im März 1893, also 16 Monate nach der Operation keine andere Beschwerde als die Canüle offen halten zu müssen. — 3. Fall: 48jähriger Mann; Epitheliom auf den 2 vorderen Dritteln der oberen Seite und des inneren Randes des rechten Stimmbandes. Am 25. Februar 1892 Luftröhrenschnitt und am 10. Mai Entfernung der rechten Kehlkopfhälfte. Starke Blutung; Ende des Jahres Recidiv; am 6. März 1893 Tod. — 4. Fall: 55jähriger Mann; Epitheliom auf der vorderen Hälfte der oberen Fläche und des inneren Randes des linken Stimmbandes. Am 30. Mai 1892 Entfernung der linken Kehlkopfhälfte; im October wird die Canüle weggelassen und die Wunde heilt schnell. 10 Monate nach der Operation befindet sich der Patient ganz wohl und bei guter Stimme, trotzdem er einen Grippeanfall zu überstehen hatte. GONGORA.

116) **Lanz** (Bern). **Die Kehlkopfexstirpationen an der chirurgischen Klinik zu Bern.** Berner Dissertation. 1892. Berlin bei L. Schumacher.

Im Ganzen 12 Fälle; 6 partielle Exstirpationen: 2 Lupus, 1 Sarcom, 2 Carcinome, 1 Cancroid; 6 totale, ausschliesslich Carcinome. Unter letzteren waren 4 Mitresectionen des Pharynx und Oesophagus und nur 2 reine Kehlkopfexcisionen.

Die partiellen Larynxexstirpationen hatten je nach der Art des Falles sehr verschiedene Resultate: 1 Lupus Recidiv nach $1^1/_2$ Jahren; 1 Lupus Tod nach 24 Tagen an Lungentuberculose, deren Beginn wegen des Stridors überhört worden war; 1 Sarcom der Struma, theilweise Resection der Vorderwand der Trachea und der Cartilago thyreoidea, nach 2 Jahren noch recidivfrei und munter; 2 Fälle Carcinom ohne Erfolg, 1 Cancroid des linken Stimmbandes, aus der Praxis des Ref., seit $3^1/_4$ Jahren rcidivfrei.

Die 6 Totalexstirpationen zeigten noch schlechtere Erfolge. Einer starb nach 2 Jahren an einer nicht mit der Operation zusammenhängenden Pleuropneumonie; einer ist nach $^1/_2$ Jahr recidivfrei, 3 andere waren von vornherein so vorgeschritten, dass nur von einer Palliativexstirpation oder einer Tracheotomie hatte die Rede sein können.

Die phonetischen Resultate sind natürlich sehr verschieden. Die Einen bekommen Stimme durch vicariirende Muskelthätigkeit; z. B. Totalexstirpirte durch die Pharynxmusculatur, einseitige Stimmbandausschneidung durch Eintreten des entsprechenden Taschenbandes; Andere durch künstliche Apparate, z. B. Totalexstirpirte durch den Gussenbauer'schen Kehlkopf. Einer der Fälle behielt trotz Excision des linken Aryknorpels seine frühere Stimme, und der vom Cancroid durch Ausrottung des linken Stimmbandes Befreite spricht mit meist klangloser aber vernehmbarer und verständlicher Halbstimme. Einer spricht mit Hülfe eines Kugelventils, das unten in der Trachealcanüle angebracht ist, mit monotoner aber vernehmbarer Stimme. Für die spätere Stimmbildung soll das von Billroth geübte Vernähen von Schleimhautresten an der Grenze zwischen Pharynx und Larynx von Bedeutung sein.

Ueber die Operationsmethode sei hier nur erwähnt, dass Kocher eine mit einem festsitzenden Schwamm umgebene Trachealcanüle als Tamponcanüle mit grösstem Erfolg anwendet.

Lanz bricht mit Recht ganz den Stab über die endolaryngealen Operationsversuche bei malignen Geschwülsten des Kehlkopfs. Wer ein einziges Mal ein scheinbar kleines Kehlkopfcarcinom, welches er selbst laryngoscopisch genau beobachtet hat, durch äussere Operation exstirpirt vor sich sah, wird in ähnlichem Falle es nicht mehr versuchen von innen her zuzugreifen, so verschieden sieht sich das Ding von aussen und von innen an!

Vf. hält nach Allem die Berechtigung der Laryngotomie für durchaus gesichert. Die schlechten Resultate, welche die Kehlkopfexstirpationen statistisch bis jetzt aufweisen, kommen daher, erstens, dass die Unterscheidung zwischen primärem und secundärem (? Was ist ein „secundäres" Kehlkopfcarcinom? Red.) Kehlkopfcarcinom oft nicht durchgeführt wurde, zweitens, dass die Operation meistens viel zu spät ausgeführt wird. Primäre Carcinome des Kehlkopfs, frühzeitig entfernt, haben eine günstige Prognose quoad vitam et quoad recidivum, weil sie gerade in diesem Organ lange ganz localisirt zu bleiben pflegen und, wie oben gezeigt, die Operation nicht sehr gefährlich ist. Den Laryngologen und denjenigen Aerzten, welche recht laryngoscopiren können, liegt es ob, Kehlkopfkrebse nicht alt werden zu lassen. Verf. schliesst mit den Worten: „Ein Arzt, der z. B. ein Carcinoma mammae nicht rechtzeitig mit dem Messer in Angriff nimmt resp. dasselbe dem Chirurgen übergiebt, macht sich einer fahrlässigen Tödtung schuldig" und deutet auf jenen traurigen Fall hin, wo leider „die Laryngotomie nicht zur Sectio caesarea gemacht" worden ist.

JONQUIÈRE.

117) E. B. Heckel. **Ein typischer Fall von Ohr-Husten. (A typical case of ear-cough.)** *Pittsburgh Med. Review. Juli 1893.*

Der Husten hörte nach Entfernung eines Cerumenpfropfs prompt auf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **Ritter** (Berlin). **Weiteres über Keuchhusten.** Vortrag, gehalten in d. Section für Kinderheilkunde der 65. Naturf.-Vers zu Nürnberg.

R. fand in allen Fällen den Diplococcus tussis convulsivae. Impfungen am Thiere gelangen nicht. Gegen Antiseptica aller Art sind die Diplococcen sehr wenig widerstandsfähig; die Therapie kann jedoch aus dieser Thatsache keinen Nutzen ziehen, da der Sitz der Krankheit nur Inhalationen zugängig ist und diese kaum durch die zähen Schleimmassen durchzudringen vermögen. Das Bromoform wirkt symptomatisch recht wohlthätig, jedoch nur, wenn es unzersetzt ist und wenn es sich schon im Urin nachweisen lässt.

SCHECH.

119) **Ritter** (Berlin). **Weiteres über den Keuchhusten.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 45.*

R. hat in weiteren 53 Fällen den Diplococcus tussis convulsivae gefunden. Uebertragungsversuche auf sich und seinen Assistenten gelangen nicht. Therapeutisch empfiehlt er Bromoform.

LANDGRAF.

120) **H. D. Chapin. Die Complicationen des Keuchhustens. (The complications of pertussis.)** *Archives of pediatrics. October 1893.*

Ch. theilt die Complicationen des Keuchhustens in solche von Seiten der Lungen, in gastro-intestinale, nervöse und constitutionelle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **Nyssens** (Brüssel). **Beitrag zum Studium der anatomisch-pathologischen Veränderungen beim Keuchhusten. (Contribution à l'étude des lésions anatomo-pathologiques dans la coqueluche.)** *La Presse Médical Belge. No. 25. 1893.*

Neben anderen hauptsächlich Lungenveränderungen war der linke Recurrens von angeschwollenen Lymphdrüsen comprimirt an seiner Abgangsstelle vom Pneumogastricus, da wo er sich unter die Aorta begiebt. BAYER.

122) **Theodor** (Königsberg). **Mittheilungen über den Keuchhusten.** *Archiv für Kinderheilk. XV. 5. 6. 1893.*

Unter 353 mit Keuchhusten behafteten Kindern befanden sich 5, welche die Krankheit 2mal durchmachten. In 25 pCt. der Fälle betraf die Krankheit Säuglinge. Therapeutisch wurde Bromoform und Extr. Hyoscyami (0,25 : 100,0) angewandt.

SEIFERT.

123) **J. M. Currier. Keuchhusten bei einem 18 Tage alten Kinde. (Whooping cough in an infant 18 days old.)** *Med. and Surg. Reporter. 2. September 1893.*

Der Fall ist von Interesse durch das geringe Alter des Kindes. Die Krankheit endete am 5. Tage tödtlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

124) **Max** (Brüssel). **Beobachtung von Keuchhusten bei einem 18 monatlichen Kinde. (Observation d'un enfant de 18 mois atteint de coqueluche.)** *La Presse Méd. Belge. No. 9. 1893.*

Nach 3 Wochen Exitus letalis; Befund: intensive Bronchopneumonie einerseits, und andererseits Volumenszunahme der Mediastinallymphdrüsen bis zur Compression der Nn. pneumogastrici und recurrentes, eine der häufigsten Ursachen der Keuchhustenanfälle! BAYER.

125) **P. Guttmann** (Berlin). **Einblasung von Sozojodolnatrium in die Nasenhöhle gegen Keuchhusten.** *Therap. Monatsh. 1893. 1.*

G. sah in einer Anzahl von Fällen eine günstige Einwirkung.

A. ROSENBERG.

126) **Monrocco. Zur Coupirung des Keuchhustens. (To cut short whooping cough.)** *N. Y. Med. Record. 1. Juli 1893.*

Zur Coupirung des Keuchhustens empfiehlt M. 2stündlich die Gegend um die Epiglottis mit einer 10procentigen Resorcinlösung zu pinseln.

LEFFERTS.

127) **Timmermans** (St. Trond). **Behandlung des Keuchhustens. (Traitement de la coqueluche.)** *Journal de méd. de chir. et de pharmacol. No. 12. 1893.*

Dem Autor hat folgende Behandlungsweise ganz überraschende Resultate ergeben: Er hält die Kinder Tag und Nacht in einer durch Schwefelbougies hinlänglich mit Schwefeldämpfen saturirten Luft; Morgens wird das Zimmer gelüftet. Zu gleicher Zeit giebt er innerlich alle zwei Stunden einen Löffel voll:

℞ Aqu. gummos. 200,0
Bromoform 2—4 gr.
Tinct. Ipecac. XL—LX gtt.
(Sir. Antim. oxydat. alb. 0,50)
Syr. papav. 50,0.
MDS.

T. hat bis zu 50 Centigr. Bromoform täglich Kindern von 2—3 Monaten gegeben und sofortige Erleichterung darauf beobachtet. BAYER.

128) **J. T. Duncan. Bromoform bei Keuchhusten. (Bromoform in whooping cough.)** *Americ. Medico-Surg Bulletin. December 1893.*

In den richtigen Dosen verabreicht ist das Bromoform ein unschädliches Mittel, das die Hustenparoxysmen in ihrer Zahl und ihrer Schwere herabsetzt, die Secrete der Schleimhäute lösen sich leichter und rasch hört auch das Erbrechen nach dem Hustenanfall auf. Die Dauer der Krankheit wird durch das Bromoform nicht abgekürzt, der allgemeine Ernährungszustand dagegen hebt sich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **C. G. Kerley. Drei Fälle von Keuchhusten mit Bromoform behandelt. (Three cases of pertussis treated with bromoform)** *Archives of pediatrics. Juli 1893.*

Die Patienten waren 8, 6 und 4 Jahre alt; sie gehörten alle drei zur selben Familie. Die Behandlung wurde gleich beim Ausbruch der Krankheit begonnen; die Kinder bekamen 5 oder 6 Tropfen Bromoform 4 mal täglich, sonst keinerlei Medicament. Vom 18. Tage ab liessen die Hustenanfälle nach, am Ende der 4. Woche waren die Kinder wieder ganz wohl. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

130) **P. Baron** (Euskirchen). **Zur Chininbehandlung des Keuchhustens.** *Berliner klin. Wochenschr. 1893. No. 48.*

B. plädirt an der Hand von bei circa 50 Fällen gewonnenen Erfahrungen warm für die Behandlung des Keuchhustens mit Chinin, wie sie nach früherer Empfehlung durch Binz letzthin durch Ungar aufgenommen wurde.

LANDGRAF.

131) **Unruh. Die Behandlung des Keuchhustens.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 1. 2. 1893.*

Die erste und wichtigste Aufgabe bei der Behandlung des Keuchhustens sieht U. in der Beseitigung des Catarrhs, nicht nur der Bronchien, sondern auch der Nase und des Nasenrachenraumes.

Für die Behandlung des Nasencatarrhs werden die Chinineinblasungen em-

pfohlen, ausserdem Chinin innerlich. Antipyrin verordnet U. in 3—5 proc. Lösungen, dreistündlich am Tage einen Theelöffel zu geben. SEIFERT.

132) **J. P. C. Griffith. Lokalbehandlung des Keuchhustens. (Local treatment of pertussis.)** *Archives of pediatrics. October 1893.*

Die besten Behandlungsmethoden sind die Inhalationen verstäubter Carbolsäure; ferner Einblasungen — in Nase oder Kehlkopf — von Chinin, Borsäure, Benzoin oder Resorcin, und Application dieser Substanzen, bes. des Resorcin's, in Sprayform oder mittelst des Pinsels auf Schlund und Kehlkopf.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **J. Forcheimer. Die constitutionelle Behandlung des Keuchhustens. (The constitutional treatment of pertussis.)** *Archives of Pediatrics. October 1893.*

Eine specifische Behandlung giebt es noch nicht; die verbreitetsten Mittel sind Belladonna oder Atropin und Chinin. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

f. Schilddrüse.

134) **Tilman** (Schweden). **Struma parenchymatosa. Exstirpation. Genesung. (Str. parenchym. Exstirp. Hälsa.)** *Hygiea. 1893.*

15jähriges Mädchen, seit 2 Jahren an Struma leidend. Der Tumor war gänseeigross. Exstirpation — Genesung. SCHMIEGELOW.

135) **K. G. Söderlund** (Schweden). **Ein Fall von Struma. (Et fall af struma.)** *Gefleborgs och Dala läkare och apothekare förenings förhandlingar. 21. häft. 1893.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SCHMIEGELOW.

136) **A. Salomoni. Der Kropf; seine Pathologie und Therapie. (Goitre — its pathology and therapy.)** *Amer. Medico-Surgical Bulletin. Juli, August u. September 1893.*

Eine Uebersetzung von Vorlesungen, die in der chirurgischen Klinik zu Camerino (Italien) gehalten wurden. W. J SWIFT (LEFFERTS).

137) **P. J. Eve. Entfernung eines cystischen Kropfs und des linken Schilddrüsenlappens. (Removal of cystic goitre and left lobe of the thyroid gland.)** *Southern Practitioner. September 1893.*

E. beschreibt eingehend die Operation; die Arbeit hat für den Laryngologen kein specielleres Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **C. A. Bergh** (Schweden). **Struma, Exstirpation, Heilung. (Struma, Exstirpation, Hälsa.)** *Eira. 1893. p. 360.*

Drei Fälle: 1) 26jährige Frau: adenomatöse Struma, 2) 20jährige Frau: Cystenkropf, 3) 58jährige Frau: Struma colloides. Im ersten und letzten

Falle hatte die Struma respiratorische Beschwerden verursacht. Alle drei Fälle wurden geheilt. SCHMIEGELOW.

139) A. **Köhler** (Berlin). **Zwei Kropfoperationen.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 48.*

Ausschliesslich chirurgischen Interesses. LANDGRAF.

140) T. **Chabori. Krebs der Schilddrüse auf der Basis eines alten Kropfes. (Cancer du corps thyroide secondaire à un goitre.)** *Revue internat. de rhinol., d'otol. et de laryngologie. 25. August 1893. No. 18.*

Die Kranke hatte mit 30 Jahren einen Kropf bekommen; 16 Jahre später, mit der Menopause, wuchs die Geschwulst erheblich und gleichzeitig traten Drüsenschwellungen ein. Die Kranke starb. Bei der Autopsie ergab sich, dass die Geschwulst ein Encephaloidcarcinom war; das Mikroscop bestätigte diese Diagnose. E. J. MOURE.

141) v. **Eiselsberg** (Utrecht). **Ueber Knochen-Metastasen des Schilddrüsenkrebses.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XLVI. 2. 1893.*

Unter 8 Fällen betraf die solitäre Strumametastase im Knochensysteme je einmal das Scheitelbein, Keilbein, Unterkiefer, Sternum und Humerus, die multiplen Metastasen einmal Schädelknochen, Wirbel, Rippe und Os ilei, einmal die Schädelknochen an einigen Stellen, einmal Schädel, Rippe und Humerus.

Der histologische Bau dieser Metastasen zeichnet sich dadurch aus, dass in ihnen von reinem Schilddrüsengewebe an Uebergänge zum Carcinom sich zeigen und manchmal ersteres allein ohne diese Uebergänge beobachtet wird. Der Bau der primären Geschwulst ist oft so, dass selbst bei genauerer Untersuchung kaum ein Carcinom, vielleicht nur ein einzelner Adenomknoten als die Quelle der Metastase vorgefunden wird. SEIFERT.

142) **Warnots** (Brüssel). **Struma exophthalmica. (Un goitre exophthalmique.)** *Journal de Méd., de Chir. et de Pharmacol. No. 2. 1893.*

W. zeigt in der kgl. medic. und naturwissenschaftlichen Gesellschaft von Brüssel am 5. Dec. 1892 das Präparat einer Struma exophth. vor, welche er operativ entfernt hatte. BAYER.

143) **Arthur Maude** (London). **Einige weniger bekannte Factoren bei der Basedow'schen Krankheit. (Some less well known factors in Graves' disease.)** *British Medical Journal. Oct. 21. 1893.*

Der am 16. October 1893 in der Medical Society of London gehaltene Vortrag eignet sich nicht zu einem Auszug und muss von Interessenten im Original studirt werden. Erwähnt sei nur, dass er sich speciell mit dem Zusammenhang der Basedow'schen Krankheit mit dem gewöhnlichem Kropf und mit dem Myxoedem beschäftigt, und dass auch in der folgenden Discussion hinsichtlich dieses Zusammenhanges seitens der Herren Savage, George Murray, Ord und Hector Mackenzie eingehende Erörterungen gemacht wurden. SEMON.

144) **E. D. Ferguson. Weitere Bemerkungen über den Gebrauch von Strophanthus in der Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (An additional note on the use of Strophanthus in the treatment of exophthalmic goitre.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 5. August 1893.*

Am besten ist es zu beginnen mit 8—10 Tropfen der Tinctur 3 mal tägl. bei den Mahlzeiten zu nehmen, dann nach einer Woche um 1 oder 2 Tropfen zu steigen und so fort, bis sich entweder ein günstiger Effect geltend macht oder augenscheinlich üble Folgen der Medication sich zeigen.

F. hat die Dosis bis auf 50 Tropfen 3 mal täglich gesteigert und dies mehrere Monate hintereinander durchgeführt, wobei er erhebliche Besserung seiner Patienten sah.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **J. A. Wertz. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. September 1893.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

g. Oesophagus.

146) **Samuel Lodge** (Bradford). **Ein Fall von chronischer Oesophagitis. (A case of chronic oesophagitis.)** *Journal of Laryngology. September 1893.*

Die Pat., eine Frau von 24 Jahren, klagte beständig über Trockenheit in dem oberen Theile des Schlundes; der Mund aber war stets feucht. Wenn sie harte oder überhaupt feste Bissen schluckte, empfand sie immer einen heftigen Schmerz, der öfters 24 Stunden lang anhielt. Nach Ausschluss anderer Affectionen stellte L. die Diagnose auf Oesophagitis. Nach einer 6monatlichen Behandlung mit flüssiger oder halbflüssiger Diät war die Patientin erheblich gebessert.

MACKENZIE JOHNSTON

147) **J. G. Dickson. Oesophagotomie zur Entfernung einer Zahnplatte; Heilung. (Oesophagotomy for removal of a tooth-plate; recovery.)** *International Journ. of Surgery. Juni 1893.*

Krankengeschichte des Falles; die Operation geschah 8 Tage nach dem Unfall.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

148) **Cahier. Oesophagotomie. (Oesophagotomy.)** *N. Y. Med Record. 16. September 1893.*

Wenn Fremdkörper eckige oder scharfe Flächen darbieten, soll man von allen Extractionsversuchen abstehen und sofort zur Operation sich entschliessen.

LEFFERTS.

149) **F. N. Caird** (Edinburgh). **Ein Fall von Gastrostomie mit subcutaner Ernährung. (Notes on a case of gastrostomy and on hypodermic alimentation.)** *Edinburgh Med. Jóurnal. September 1893.*

Vor der Operation wurde der Kräftezustand des Patienten ein wenig ge-

hoben durch subcutane (intra-musculäre) Injectionen von Olivenöl, zuweilen mit Zusatz von Zucker. P. MC. BRIDE.

150) **Butlin. Die Beseitigung einer „Druck-Tasche" des Oesophagus. (The removal of a „pressure pouch" of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 17. Juni 1893.*

Auf der letzten Versammlung der Royal Medical and Chirurgical Society of London sprach B. über ein „Druck-Divertikel oder Tasche" des Oesophagus. Der Vortrag ist im Lancet vom 29. April berichtet, der vorliegende Artikel giebt uns einen Auszug aus dem Referat des Lancet. LEFFERTS.

151) **Mayo Collier** (London). **Oesophagusstrictur und Leberkrebs. (Stricture of the oesophagus and cancer of the liver.)** *Lancet. 4. November 1893.*

152) **W. Oxley** (Rotherham). **Dasselbe.** *Lancet. 25. November 1893.*

Zwei Briefe an den Herausgeber, in denen die Verff. von Fällen berichten, die eine Oesophagusstrictur bei primärer carcinomatöser Lebererkrankung zeigten. Collier erwähnt auch, dass sich Krankengeschichten mit ähnlichen Sypmtomen unter den Fällen von J. Treves finden. MACKENZIE JOHNSTON.

153) **Adam Trau. Oesophaguscarcinom. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Phil. Med. News. 16. September 1893.*

Bericht über einen Fall; die Autopsie ergab ein blumenkohlartiges Carcinom, das von der inneren Fläche des Oesophagus in seinem mittleren Drittel, direct hinter dem Herzen, ausging. Das Lumen der Speiseröhre war nur wenig verengt. Die Intoxication, zu der die Geschwulst den Anlass gab, war deutlich an der Milz sichtbar, dieselbe war enorm vergrössert und überaus weich; auch die Leber war weich und dunkelroth. LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Januar 1894.

Kronenberg stellt einen Patienten vor, der vor 2 Monaten über Hustenreiz und Stimmschwäche klagte. Das rechte Stimmband stand nahe der Medianlinie und machte nur geringe Excursionen nach aussen bei der Inspiration; fast dieselben Verhältnisse links. Bei der Phonation machte das rechte leicht zuckende Bewegungen, ehe es zur Medianlinie ging. — Beide Pupillen reagirten, Patellarreflexe erhalten, kein Romberg'sches Symptom, so dass Tabes sehr zweifelhaft war. Prof. Oppenheim fand analgetische und hyperästhetische Bezirke an den

unteren Extremitäten, in denen später lancinirende Schmerzen auftraten. Zur Zeit aber war auch für ihn der Larynxbefund ausschlaggebend für die Diagnose Tabes, die durch den weiteren Verlauf der Erkrankung sichergestellt wurde. Jetzt steht das rechte Stimmband fast in Medianstellung, das linke steht ihm näher als früher.

A. Rosenberg berichtet über zwei Fälle von Tabes, in denen mehrere Monate hindurch die einseitige Recurrenslähmung resp. die doppelseitige Posticuslähmung das einzige Symptom war. Erst später stellten sich die deutlichen Zeichen der Tabes ein. Nichtsdestoweniger will er nicht behaupten, dass hier eine centrale Ursache für die Lähmung vorgelegen habe.

Scheinmann trägt zu seinem in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Krampf der Pharynxmuskulatur nach, dass sich jetzt bei der Inspiration Contractionen der Adductoren (150 in der Minute) eingestellt haben, während bei der Phonation keine Zuckungen wahrnehmbar seien.

Grabower berichtet über das Sectionsergebniss bei seinem in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von Tabes im ataktischen Stadium mit linkseitiger Recurrenslähmung, die er, da eine periphere Ursache nicht auffindbar war, für eine centrale angesprochen hatte. Neben der degenerativen Veränderung in den Seitensträngen fand sich ein Aortenaneurysma, dass bereits den letzten Hals- und den ersten und zweiten Brustwirbel usurirt hatte. Der Recurrens war in schwieligem Gewebe eingebettet. Er war schon lange Zeit geschwunden und hat wohl eine rückläufige Degeneration am Boden des 4. Ventrikels gemacht. Die Ansammlung von Schleim in der Trachea, das stridulöse Geräusch und eine Lungenblähung hatten wohl das Geräusch des Aneurysma in vivo verdeckt.

Schötz erwähnt als Curiosum, dass er bei einem Patienten mit Aortenaneurysma und Heiserkeit, bei dem er ersteres als Ursache derselben von vornherein anzunehmen geneigt war, am linken Stimmband einen Polypen fand.

Darauf demonstrirt G. ein Präparat (von einem Menschen), an dem man mit aller Deutlichkeit das Gebiet der Accessoriuswurzel von dem des Vagus getrennt sieht; zwischen der unteren Vaguswurzel und den letzten Accessoriusfasern liegt ein beachtenswerther Zwischenraum.

Landgraf: Zur Pathologie des weichen Gaumens.

Die Parästhesien des Rachens finden sich bei 1) Hysterischen und Nervösen (Globus, Klossgefühl u. s. w.), 2) pathologischen Veränderungen, die aber in keinem Verhältniss stehen zu der Intensität der Klagen, so dass man hier einen nervösen Hintergrund annehmen kann, 3) bei Pat., bei denen Nervosität auszuschliessen ist; hier besteht auch nicht wie dort ein Wechsel der Klagen und die Localisation ist eine genaue.

Hierher gehören 3 von L. beobachtete Fälle.

1. Fremdkörpergefühl im linken Gaumen besonders beim Leerschlucken. Die Tonsillen sind nach oben hin hyperplastisch. An der Stelle, wo beide Gaumenbögen auseinandergehen, sieht man beiderseits ein kleines Loch, durch das eine Sonde nach hinten und oben durchführbar ist. In dem 2. Falle dieselben

Verhältnisse. Einspritzung von Jodjodkalium brachte Besserung. Im 3. Falle fand sich unter der unveränderten Schleimhaut des linken hinteren Gaumenbogens ein gut linsengrosser verschieblicher Körper, der aber keine Cyste war.

B. Fränkel meint, dass nach der Schilderung von L. es sich in den beiden ersten Fällen um Kiemengangsfisteln gehandelt haben könne, oder aber um eine Tasche einer Tonsilla succenturiata.

Herzfeld erinnert an die congenitalen Spaltbildungen in den Gaumenbögen.

Sitzung vom 2. Februar 1894.

Schadewaldt stellt einen Patienten vor, bei dem die Infiltration des Oberlappens der rechten Lunge stationär blieb und tuberkulöse Ulcerationen über dem linken Taschenbande heilten nach längere Zeit fortgesetzter Einreibung von Creolin in die Haut. Jeden Tag wird dasselbe in einer Quantität von einem Esslöffel voll 20 Minuten lang an einer beliebigen Körperstelle eingerieben. — Jetzt zeigt sich bei dem Patienten ein frisches Ulcus am l. Taschenbande.

Passow erwähnt, dass er nach Bepinselung der Haut eines hochfiebernden Phthisikers mit 2—3 g Guajocol einen rapiden Temperaturabfall mit schwerem Collaps beobachtet und deswegen weitere Versuche eingestellt habe.

Schadewaldt sah nie irgend welchen Schaden von lange fortgesetzten Creolineinreibungen und ebenso wenig von Inunctionen mit Guajacolsalbe.

Darauf demonstrirt Schadewaldt einen Patienten, bei dem er vor $^3/_4$ Jahren eine Dämpfung am linken Sternalrande nachweisen konnte. Patient hustete öfter Blut aus und später fibrinöse Ausgüsse der Bronchien. Allmälig ging die Dämpfung weiter und liess sich auch hinten in der Fossa supraspinata nachweisen. In letzter Zeit stellte sich eine linksseitige Recurrenslähmung ein. Er nimmt als Ursache ein Aortenaneurysma an, dem auch die Dämpfung zuzuschreiben sei.

A. Rosenberg stellt eine Patientin mit hysterischem Husten vor; die leisen Hustenstösse erfolgten regelmässig alle drei Sekunden, liessen aber nach, wenn man die Aufmerksamkeit der Patientin ablenkte, um dann aber in um so kürzeren Pausen wieder aufzutreten. Man sah eine energische stossweise Hebung des Velum und einen Stimmbandschluss synchron mit dem Hustenstoss. Unter dem 2 wöchigen Gebrauch von Bromkali ist der seit 10 Monaten bestehende Husten beinahe geschwunden.

Schötz demonstrirt einen Zahn, den er einem Patienten aus der linken Nase entfernt hat. Derselbe wuchs aus dem Nasenboden heraus und war, da das Gebiss sich vollkommen intact erwies, ein überzähliger.

P. Heymann berichtet über 5 Fälle von Polypen der Nasenscheidewand, die sämmtlich bei weiblichen Patienten (von 11—50 Jahren) sich fanden. Zwei

sassen unmittelbar über dem häutigen Septum, 3 höher hinauf; 3 rechts, 2 links. Sie hatten eine glatte oder leicht körnige Oberfläche; nur in einem Falle war die Geschwulst blauschwarz und missfarbig. Die Klagen der Pat. bezogen sich, ausser in dem letzerwähnten Falle, in dem Stenosenerscheinungen bestanden, auf starke Blutungen. Die Tumoren wurden mit der scharfen Zange oder der Glühschlinge entfernt und zeigten mikroskopisch (3 sind nur untersucht worden) als Grundsubstanz ein lockeres mit Rundzellen durchsetztes Bindegewebe mit grossen Gefässlücken, in denen meist Blut oder auch lymphoide Flüssigkeit zu finden war. Drüsen waren nicht nachweisbar. Das Epithel war je nach dem Sitz Platten-, Cylinder- oder auch Flimmerepithel.

Alexander berichtet über das mikroskopische Aussehen von drei in der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke beobachteten Septumpolypen. Der erste zeigte ein dicht mit Rundzellen durchsetztes zartes Bindegewebe; an einzelnen Stellen Haufen von Blutkörperchen (Bluterguss). Im zweiten Falle drang vom Stiele der Geschwulst ein Zug von fächerförmig sich theilenden und später baumförmig sich verästelnden Bindegewebsfasern in den Tumor hinein. Das Bindegewebsgerüst ist mit Rundzellen reich ausgefüllt. Ueberall finden sich erweiterte venöse Gefässe. Das Epithel sendet unregelmässig begrenzte Zapfen ins Innere. Der dritte Tumor zeigt ein an der Epithelgrenze mit Rundzellen durchsetztes Bindegewebe; in der Tiefe liegen Drüsen. Das Epithel war in allen Fällen Plattenepithel. In dem letzten einen männlichen Pat. betreffenden Fall fehlten die Blutungen.

Katzenstein erinnert an die von Voltolini ausgesprochene Warnung, solche Geschwülste zu operiren, da er einmal eine sehr ernste Blutung dabei gesehen.

Scheier hat einmal eine sehr heftige Blutung bei der Operation erlebt.

Heymann hatte nie eine unstillbare Blutung.

Scheinmann: Bemerkungen über Gummata der Nasenschleimhaut.

Sch. sah in 3 Fällen, in denen auch specifische Erscheinungen im Rachen vorhanden waren, an der unteren Muschel harte Schwellungen, die er für Gummata ansprechen zu müssen glaubt, und zwar charakterisiren sie sich durch 1) normale Farbe, 2) harte Consistenz und 3) ihr allmäliges Uebergehen in das Niveau der Umgebung. Unter Jodkali gingen bei seinen Pat. die Schwellungen vollkommen zurück und er verwirft jede locale Therapie.

Schötz und Lublinski sehen wenigstens in dem einen Falle den sicheren Beweis für ein Gummi nicht erbracht.

Scheinmann weist ihre Gegengründe als unzutreffend zurück.

A. Rosenberg.

b) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Der erste Theil der Sitzung war der jährlichen General-Versammlung gewidmet. Aus den Berichten des Verwaltungsraths, des Schatzmeisters und des Bibliothekars ergab sich, dass die Gesellschaft im ersten Jahre ihres Bestehens auf sehr befriedigende Resultate zurückblicken kann. Sie zählt gegenwärtig 68 ordentliche Mitglieder und ein Ehrenmitglied. Die Neuwahl des Vorstandes ergab folgende Resultate:

Präsident: Dr. Felix Semon; Vice-Präsidenten: Dr. P. M'Bride und Dr. W. Mc Neill Whistler; Schatzmeister; Mr. H. T. Butlin; Bibliothekar: Dr. de Havilland Hall; Schriftführer: Dr. Clifford Beale und Dr. Scanes Spicer. Andere Mitglieder des Verwaltungsraths: Mr. E. Creswell Baber, Dr. A. Bronner, Dr. Dundas Grant, Mr. T. Mark Hovell, Mr. Charters Symonds.

Von dem Verwaltungsrath wurden als Ehrenmitglieder vorgeschlagen die Herren: Sir George Johnson, Dr. Wilhelm Meyer (Copenhagen), Professor B. Fränkel (Berlin), Professor L. v. Schrötter (Wien), Professor Störk (Wien), Dr. J. Solis-Cohen (Philadelphia), Dr. J. M. Lefferts (New-York), Professor Massei (Neapel), Dr. E. J. Moure (Bordeaux.) (Diese Herren wurden in der nächsten Sitzung der Gesellschaft, den 14. Februar 1894, einstimmig gewählt.)

Nachdem der neuerwählte Präsident sein Amt mit einigen Worten des Danks angetreten hatte, zeigte zunächst Dr. Bronner einige Kehlkopfspritzen, welche mittelst Auskochens aseptisch gemacht werden können. Auch demonstrirte er einen schneidenden Trepan zur Entfernung von Verbiegungen des Septums. — Mr. Creswell Baber zieht in solchen Fällen die Säge dem Messer oder Trepan vor. — Dr. Spicer benutzt die Säge für grössere Echondrosen, würde aber einem Cylindertrepan den Vorzug in Fällen geben, wo sich der Vorsprung weit in den unteren Nasengang hineinerstreckt. — Mr. W. R. W. Stewart war der Ansicht, dass die beste Behandlung für Ecchondrosen, ausgenommen die ganz grossen, darin bestände: sie sich selbst zu überlassen. — Der Präsident schloss sich dieser Auffassung an, und sprach besonders gegen die gewohnheitsmässige Entfernung von Ecchondrosen wegen vermeintlich durch sie veranlasster Reflexneurosen. — Dr. Bronner erklärte in seiner Antwort, dass er Deviationen und Ecchondrosen nur entferne, wenn sie thatsächlich die Nase obstruirten.

Hill und Cagney: Rhinitis atrophica foetida mit Aphonie.

Die Patientin, ein 24jähriges Hausmädchen, hatte seit $4^1/_2$ Jahren an Trockenheit der Nase und des Halses gelitten, an Aphonie seit drei Jahren. Vor anderthalb Jahren kehrte für eine Woche lang unter Faradisation des Halses im

Guy's Hospital die Stimme zurück. Im Mai 1893 consultirte sie von Neuem Dr. Cagney in St. Mary's Hospital wegen Stimmverlustes. Es wurde Rhinitis und Pharyngitis sicca und Laryngitis diagnosticirt. Unter angemessener Localbehandlung verschwand die Trockenheit im Pharynx und Larynx, die Aphonie aber blieb unverändert bestehen, und neuerdings hat sich Neuralgie an der linken Seite des Rachens und Kopfes entwickelt. Die Nase und die Zungenbasis wurden galvanocaustisch behandelt, die Nase auch electrolytisch. Im Laufe der letzten zwei Monate ist Faradisation und Galvanisation des Kehlkopfs drei bis vier Mal wöchentlich ohne practischen Nutzen applicirt worden. Die Autoren erbaten Rathschläge hinsichtlich weiterer Behandlung.

Dr. Dundas Grant erblickte in dem Kehlkopfbefund eine secundäre Folge des Nasenleidens. Er sprach den Verdacht aus, dass es sich um ein Antrumleiden handele, und rieth zuerst dieses zu behandeln, worauf das Kehlkopfleiden einer angemessenen Behandlung mehr zugänglich sein würde. — Bronner erwähnte, dass Fälle der Art wie der vorgetragene sehr häufig in Bradford seien; unter ungefähr 250 Fällen von Halskrankheiten fänden sich wenigstens 40 von allgemeinem, trockenem Catarrh; in vielen Fällen sei der Kehlkopf allein afficirt und könne durch intralaryngeale Injectionen erfolgreich behandelt werden. — Der Präsident erklärte sich als durchaus nicht überzeugt von einem causalen Zusammenhange des Nasen- und des Kehlkopfleidens im vorliegenden Falle. Die Aphonie sei noch immer vollständig, obwohl die Krusten und die Trockenheit des Kehlkopfs nicht länger vorhanden seien. Es dürfe auch nicht vergessen werden, dass Mr. Symonds im Guy's Hospital die Aphonie wenigstens temporär durch Faradisation zu einer Zeit beseitigt hätte, als das Nasenleiden noch im vollsten Umfang vorhanden gewesen war. Er wünschte, dass der interessante Fall bei einer späteren Gelegenheit von Neuem vorgestellt werden solle. — Hill stimmte in seiner Antwort den Anschauungen des Präsidenten bei, und sprach sich besonders gegen die vermeinte Abhängigkeit des Kehlkopfleidens von einer Antrumaffection aus.

A. A. Kanthack. The Function und Anatomie der Epiglottis.

K. zeigte eine grosse Serie vorzüglicher Zeichnungen der Epiglottis in situ bei Thieren verschiedener Species und verschiedenen Alters, und gab dazu folgende Erklärung:

Die genaue Function der Epiglottis sei noch nicht völlig bekannt. Sie diene ebenso wohl den Zwecken der Respiration mit denen der Phonation, diese Functionen seien aber beim Menschen mehr oder weniger abortiv geworden; auch gehöre sie zusammen mit der Zungenbasis zu dem complicirten Schutzmechanismus für die Glottis während der Deglutition. Letzteres sei von Professor Anderson Stuart in Abrede gestellt worden, doch sei die Methode dieses Forschers, mittelst welcher er demonstriren wollte, dass die Epiglottis beim Schlingact nach vorne rücke und sich nicht nach unten falte, fehlerhaft.

Mr. Anderson und der Vortragende hatten gezeigt, dass wenn man die von Professor Stuart zu seinen Experimenten verwandten Thiere in ihrer natürlichen Position schlucken liesse, d. h. mit nach vorn gebogenem, und

nicht gewaltsam nach hinten geneigtem Kopfe, die Epiglottis als ein Verschluss des Kehlkopfs fungire. Dies wurde auch durch Bezugnahme auf die Arbeiten von Moritz Schmidt und Anderen bekräftigt.

Bei erwachsenen Meerschweinchen, Kaninchen, Katzen, Hunden, Ziegen, Ochsen, Pferden und Schweinen liesse sich stets eine intranasale Epiglottis mittelst verticaler Gefrierdurchschnitte demonstriren, (die von dem Vortragenden gezeigten Illustrationen lieferten einen sprechenden Beweis dafür). Der Vortragende gedachte hier der erschöpfenden Arbeiten von Howse, Gegenbaur, Bowles und Anderen. Bowles zufolge sei die Epiglottis des Ferkels klein und intra-oral, und würde erst zu einer späteren Periode intra-nasal, d. h. stiege hinter dem Velum empor. Derselbe Wechsel sei bei jungen Katzen und Hunden zu constatiren; bei fötalen Kätzchen wurde die Epiglottis ebenso häufig intranasal wie intra-oral gefunden. Aus alledem ginge hervor, dass mit zunehmendem Alter Veränderungen in der Stellung der Epiglottis erfolgten, welche weiterer Forschung bedürften. Bei Katzen, Kaninchen und Meerschweinchen erstrecke sich das Velum palati vertical zur Zungenbasis und zwar vor der Epiglottis herab, so dass bei diesen Thieren der Schlingact unter natürlichen Bedingungen nur mit einer über den Kehlkopf herabgefalteten Epiglottis statthaben könnte.

Bei Ratten fände sich die Epiglottis entweder in der Mund- oder in der Nasenrachenhöhle; bei Mäusen in der Regel in der ersteren; doch seien diese Theile bei kleineren Thieren so delicater Natur, dass leicht unwillkürlich eine Störung in ihrer Anordnung erzeugt werden könne.

Bei Menschen und den anthropoiden Affen sei die Epiglottis redimentär und zeige nicht die intra-nasale Anordnung auf; indessen habe Gegenbaur gezeigt, dass entwicklungsgeschichtlich sie nicht mit dem Munde in Zusammenhang stände. Bei gewissen Affenarten erstrecke sich das Velum vor der Epiglottis herab. Bei den meisten Affen aber ähnelten die Verhältnisse denjenigen bei Menschen, und die Epiglottis erreiche das Velum nicht. Die menschliche Epiglottis sei bisweilen bedeutend vergrössert, so dass sie bei der Oeffnung des Mundes deutlich sichtbar sei, und die hintere Rachenwand der Inspection theilweise entzöge. Der Vortragende frug schliesslich, ob in Fällen dieser Art das Velum und die Uvula vor oder hinter der vergrösserten Epiglottis gelegen seien?

In der Discussion meinte Dr. Scanes Spicer, dass klinisch beim Menschen die Epiglottis stets nach hinten von dem weichen Gaumen und Uvula gelegen sei. Das Secret von der Uvula tropfe jedenfalls auf die dorsale Oberfläche der Epiglottis herab. — Der Präsident forderte Dr. Kanthack auf, seine Forschungen hinsichtlich der Function der Epiglottis fortzusetzen; in wie weit sei dieselbe bei der Phonation betheiligt? Von manchen Seiten würde behauptet, dass das Timbre der Stimme von der Stellung der Epiglottis abhänge und dass bei der Production offener Töne die Epiglottis stets mehr oder minder erhoben werde. Diese interessante Frage bedürfe durchaus weiterer Aufklärung. — Dr. Percy Kidd erwähnte den Fall eines Knabens, bei dem jeder Phonationsversuch in einer Niederziehung der Epiglottis bis fast zur horizontalen Stellung resultirte. — In seiner Erwiderung lenkte Kanthack die Aufmerksamkeit auf die

grosse Schwierigkeit, die phonatorische Function der Epiglottis bei Thieren zu studiren.

Percy Kidd: Recurrirendes Kehlkopfpapillom zweimal mittelst der Thyreotomie behandelt.

Es handelte sich um einen Fall von multipeln Papillomen bei einem 9jährigen Knaben. Innerhalb zweier Monate wurde trotz gründlich vorgenommener Thyreotomie und Auskratzens der Geschwülste (Mr. Godlee) eine zweite Thyreotomie nothwendig, und wiederum drei Wochen nach der letzteren erfolgte ein neuer Nachschub. Der Vortragende wünschte die Ansicht der Gesellschaft über weiteres Vorgehen in einem solchen Fall zu erfahren.

In der Discussion erwähnte Mr. Butlin zweier Fälle, in denen er ebenfalls multipler Papillome wegen an einem und demselben Tag die Thyreotomie vorgenommen hatte; in einem Fall war die Operation durchaus erfolgreich mit Wiedergewinn einer guten Stimme. Im zweiten erfolgte ein Recidiv nach dem andern, und der Patient muss noch im gegenwärtigen Augenblick eine Canüle tragen. — Dr. Dundas Grant sprach 1) über das berichtete spontane Verschwinden von Papillomen, das bisweilen nach der Tracheotomie vorkommen solle; 2) über die angebliche heilende Wirkung des Arseniks innerlich gegeben; 3) über die häufige Existenz von Kehlkopfpapillomen bei Kindern mit adenoiden Vegetationen und 4) über den fraglichen Werth von Applicationen von Ferrum sesquichloratum forte auf die Geschwülste selbst. In dem vorliegenden Falle würde er die Geschwulst mittelst seiner Sicherheitszange intralaryngeal zu behandeln versuchen, unter einem Anaestheticum, und innerlich Arsenik verabfolgen. — Dr. Scanes Spicar meinte ebenfalls, dass die Geschwülste intralaryngeal entfernt werden könnten, und rieth zum Gebrauch von Chloroform mit gleichzeitiger häufiger Auswischung des Rachens mittelst eines mit Cocainlösung getränkten Wattebausches, welcher die Anaesthesie completire und gleichzeitig die störende Secretion des Rachens verhindere. — Der Präsident gedachte eines kürzlich berichteten Falles, in dem nicht weniger als 17 Thyreotomien innerhalb dreier Jahre an ein und demselben Patienten vorgekommen worden waren, (vgl. Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 222) da jede Operation sofort von einem neuen Nachschub gefolgt war. Auch er war der Ansicht, dass Dr. Kidd's Fall intralaryngeal mittelst der Grant'schen Zange behandelt werden könne. Vom allgemeinen Standpunkt aus aber zöge er es vor, solche Geschwülste bei jungen Kindern, ausser wenn sie Dyspnoe verursachten, als ein noli me tangere zu betrachten. Obwohl man gelegentlich gute Resultate erzielen möge, so komme es doch in der Mehrzahl der Fälle zu Recidiven, die zahlreiche Wiederhohlungen der Operation nothwendig machten. Selbst wenn Dyspnoe vorhanden sei, sei es seiner Ansicht nach in vielen Fällen besser, einfach die Tracheotomie vorzunehmen und zu warten, bis das Kind vollständig genug sei, später die Neubildungen per vias naturales entfernen zu können.

Scances Spicer: Papillom der Uvula.

Die erbsengrosse Geschwulst, welche der verlängerten Uvula eines 15jäh-

rigen Mädchens aufsass, verursachte Hustenreiz, der nach der Entfernung der Geschwulst mit einem Theil des Organs verschwand. Demonstrationen des Präparats.

W. R. H. Stewart: Oesophaguskrebs.

Demonstration des Präparats, welches von einer nur 29jährigen Kranken stammte. Die Geschwulst nahm den obersten Theil des Oesophagus ein. Die Patientin war zwei Tage nach der Gastrostomie gestorben. Die Punkte von besonderem Interesse in dem Falle waren, das ungewöhnlich jugendliche Alter der Kranken, der ungemein schnelle Verlauf (5 Monate vom Beginn der ersten Symptome) und die Thatsache, dass die Patientin von tuberkulösen Eltern stammte, ein Umstand, der nach dem Glauben einiger Autoren zu Oesophaguskrebs prädisponiren soll.

W. R. H. Stewart: Eiterung in den Siebbeinzellen.

Demonstration der Patientin, deren Fall im Centralblatt (dieser Jahrgang, S. 180, Ref. 65) bereits beschrieben worden ist. Die Patientin ist seither dauernd gesund geblieben.

Charters Symonds: Frische syphilitische Kehlkopfstenose.

Demonstration eines 45jährigen Mannes mit allgemeiner Verdickung der Kehlkopfschleimhaut, Verengerung der Glottis und Erschwerung des Athmens. Antisyphilitische Behandlung hatte in dem seit einem Jahre bestehenden Leiden keine Verbesserung zu Stande gebracht. Prophylactische Tracheotomie in Aussicht genommen.

Charters Symonds: Schwellung eines Taschenbandes und Giessbeckenknorpels aus unbekannter Ursache.

S. stellte von Neuem einen Fall vor, den er bereits in der Mai-Sitzung 1893 der Gesellschaft als ein zweifelhaftes Beispiel von traumatischer Perichondritis des Kehlkopfs demonstrirt hatte (vgl. Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 163). Gegenwärtig, d. h. nach 8 Monaten, bestand noch immer die Schwellung in der linken Seite des Kehlkopfs; dieselbe macht aber den Eindruck grosser Härte und sieht nicht länger so glänzend aus wie früher. In ihrer Mitte befindet sich eine Depression, welche wie eine oberflächliche Ulceration aussieht. Der Giesbeckenknorpel ist etwas weniger geschwollen wie früher. Schmerz und Husten sind verschwunden und der Patient kann leicht schlucken. Im vorigen Mai habe die Diagnose zwischen Neubildung und Perichondritis geschwankt, auch jetzt noch sei die Diagnose eine offene. Das laryngoskopische Bild entspreche nicht dem einer bestimmten Geschwulstform. Jodkali sei ohne nennenswerthes Resultat geblieben. Aeusserlich sei keine Veränderung des Kehlkopfs wahrzunehmen.

Der Präsident war ebenfalls der Ansicht, dass die Diagnose noch nicht mit Sicherheit gestellt werden könne. Er hielt aber an seinem früheren Glauben fest, dass es sich wahrscheinlich um Perichondritis handle.

Watson Williams (Bristol): Epitheliom des weichen Gaumens und der Gaumenbögen.

Demonstration einer colorirten Abbildung, welche die Verhältnisse veranschaulichte. Es handelte sich um ein grosses Epitheliom des weichen Gaumens bei einem 65jährigen Manne.

Bemerkenswerth war erstens der ungewöhnliche Sitz der Neubildung, und zweitens der Versuch, das Weiterschreiten der Geschwulst durch Inoculation mit Reinculturen des Streptococcus erysipelatosus zu verhindern. Leider war derselbe erfolglos geblieben und der Patient unter fortscheitender Cachexie seinem Leiden erlegen.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

Sitzung vom 14. Februar 1894.

Vorsitzender: Dr. Felix Semon.

Clifford Beale (London): Tuberculöser Tumor des Kehlkopfs.

Der Patient, ein 22jähriger Mann, hatte seit vier Jahren an Tuberculose beider Lungenspitzen gelitten. Im Laufe des letzten Jahres hatte sich eine knotige Schwellung am hinteren Theile des rechten Giesbeckenknorpels gebildet, welche in den Kehlkopf hineinragte und den rechten Processus vocalis verdeckte. Sie war glatt, rund, und nicht ulcerirt, und verursachte nur gelegentliche Heiserkeit.

In der Discussion stimmten die Herren Tilley, de Havilland Hall und der Präsident mit der Diagnose überein. Letzterer erwähnte einen gerade unter Behandlung befindlichen ähnlichen Fall seiner eigenen Praxis, in welchem bei der Abwesenheit aller Lungensymptome gar nicht an die möglicherweise tuberculöse Natur einer in der vorderen Commissur sitzenden Geschwulst gedacht wurde, welche sich dann bei microscopischer Untersuchung als tuberculös herausstellte.

H. T. Butlin: Obscure Lähmung des rechten Stimmbandes.

Es handelte sich um einen 52jährigen Mann. Das rechte Stimmband stand unbeweglich in der Medianlinie, die Stimme war rauh; im Innern des Kehlkopfs, in der Brust, in der Schädelhöhle keine Zeichen irgend welcher Krankheit. Zweifelhafte Geschichte von Syphilis dreissig Jahre zurück datirend.

Der Präsident erinnerte an die Möglichkeit einer beginnenden Tabes.

A. Bowlby: Carcinom der rechten Körperhälfte.

Demonstration eines 40—50jährigen Mannes mit beträchtlicher Schwellung, Ulceration und Unbeweglichkeit der rechten Kehlkopfhälfte und der rechten arytaeno-epiglottischen Falte. Verbreiterung des Kehlkopfs und Drüsenaffection

an der rechten Seite des Halses. Schmerz, Dysphagie und gelegentlich heftige Dyspnoëanfälle. Die ersten Beschwerden datirten etwa sechs Monate zurück.

William Hill: Fötide Rhinitis mit Erkrankung der Highmor's Höhle und Hypertrophie des Processus uncinatus, sowie der denselben bedeckenden Schleimhaut, welche die sogenannte „Spaltung" (cleavage) simulirte.

Die Patientin war eine 45jährige unverheirathete Dame. Die Rhinitis foetida datirte fünf oder mehr Jahre zurück und war in der verschiedensten Weise behandelt worden. Im Januar dieses Jahres war die Highmorshöhle angebohrt und eine grosse Quantität Eiters entleert worden. Die Höhle war bis kurz vor der Demonstration ausgespült worden, dann war dies aber wegen der grossen Schmerzhaftigkeit unterlassen worden. Im rechten Nasenloch ist der Zustand sichtbar, welcher der Woakes'schen Beschreibung von „Spaltung" der mittleren Muschel entspricht. Der Körper an der äusseren Seite des Spaltes im vorliegenden Falle ist offenbar eine pathologische Vergrösserung des Processus uncinatus des Os ethmoidale, sowie der den letzteren bedeckenden Schleimhaut. Dieser Processus begrenzt unter normalen Umständen den Hiatus semilunaris vorn und unten. Hill schlägt vor, diese Hypertrophie als „hakenförmigen" Körper (uncinate body) zu bezeichnen. Der Körper an der inneren (septalen) Seite des Spaltes ist die mittlere Muschel selbst. Diese Spalte ist mit Granulationen angefüllt, aus denen man schliessen konnte, dass das Antrum selbst ebenfalls Granulationen oder Polypen enthielt, oder dass jedenfalls seine Schleimhaut erkrankt sei. Die in Aussicht genommene Behandlung besteht in

1. Entfernung des hakenförmigen Körpers;
2. Eröffnung der Higmorshöhle durch die Fossa canina;
3. Anlage einer accessorischen Oeffnung zwischen Nase und Antrum entweder im mittleren oder unteren Nasengang.

Hill fügte hinzu, dass obwohl der hakenförmige Körper sich gewöhnlich aus einer Hypertrophie des Knochens und der Schleimhaut zusammensetzt, der Knochen gelegentlich von normaler Grösse ist, jedoch von solchen Hypertrophieen des Muco-periosteum bedeckt wird, dass er als ein fibröser oder mucöser Tumor erscheint, welcher leicht entfernt werden kann.

Felix Semon: Obscure Geschwürsbildung im Pharynx in einem Falle von temporär zum Stillstand gebrachter Tuberculose des Kehlkopfs und der Lunge.

Der Patient, ein 36jähriger Herr, begann im August 1892 an Halsschmerzen zu leiden. Er hatte niemals Syphilis gehabt. Nichtsdestoweniger sah im November 1892 ein Londoner Laryngolog die Affection als syphilitisch an, nachdem er beträchtliche Ulceration der Epiglottis gefunden hatte. Im December desselben Jahres constatirte Dr. Davison (Bournemouth) unzweifelhafte tuberculöse Erkrankung der rechten Lungenspitze. Er behandelte den Kehlkopf mit Milchsäure und die Allgemeinerkrankung constitutionell. Das Halsleiden verbesserte sich allmählig und kam im April 1893 zum definitiven Stillstand. Im Juni desselben

Jahres aber begannen die Halsschmerzen auf's Neue; und der Patient consultirte den Vortragenden, welcher Consolidation des rechten Apex und tuberculöse Verdickung und Ulceration der Epiglottis fand. Diese Diagnose wurde von Sir William Broadbent bestätigt. Die Epiglottis wurde mit energischen Curettements, gefolgt von Einreibung mit 50 proc. Milchsäure behandelt und die Ulceration heilte wiederum, mit Zurücklassung eines beträchtlichen Substanzverlustes in der Mitte der Epiglottis, welcher von einer eigenthümlich weissen Narbe bedeckt wurde.

Innerlich nahm der Patient grosse Dosen Kreosot, und der Zustand seiner rechten Lunge ist seitdem vollständig unverändert geblieben, während das Gesammtbefinden vorzüglich ist. Noch einmal, im Beginn des November 1893 begann leichte Geschwürsbildung in dem Narbengewebe, welche wiederum sofort durch Milchsäure zu Stillstand gebracht wurde.

Im Anfang des Jahres 1894 beobachtete Dr. Davison an der hinteren Wand des Rachens einige kleine, wohl umschriebene, reine, tiefe Geschwüre, welche er zuerst als tuberculös ansah, welche aber sich der Milchsäure gegenüber rebellisch erwiesen. Der Patient gab an, dass er früher einmal eine ähnliche Ulceration gehabt hatte, welche spontan zurückgegangen sei. Es wurde von neuem von anderer Seite an Syphilis gedacht, und der Patient nahm 14 Tage lang Jodkali. Dies führte jedoch nur zur Erzeugung von Oedem des linken Giesbeckenknorpels mit transitorischer Unbeweglichkeit des linken Stimmbandes. Das Jodkalium wurde ausgesetzt; die laryngealen Erscheinungen gingen vorüber, die Rachengeschwüre fingen zur Zeit der Demonstration wieder an spontan zu heilen, und der Vortragende erbat Ansichten hinsichtlich ihrer Natur.

Mr. Charters Symonds war geneigt, die Rachengeschwüre auch als tuberculös anzusehen, und rieth zum Curettement, gefolgt von Milchsäure-Application. — Der Vortragende bezweifelte die tuberculöse Natur der Geschwüre. Der Umstand, dass die Kehlkopfgeschwüre so prompt auf Milchsäure-Application geheilt waren, während die Rachengeschwüre dem Mittel hartnäckigen Widerstand geleistet hatten, und nunmehr spontan heilten, schiene auf eine anderweitige Natur derselben hinzuweisen.

Scanes Spicer: Oedem und Infiltration der Schleimhaut eines Arytaenoidknorpels von zweifelhaftem Ursprung.

Der Patient ist ein 51 jähriger Arbeiter. Seine Symptome sind Kurzathmigkeit, Erstickungsanfälle, paroxysmaler Husten, excessive Secretion schleimigen Sputums, constantes Gefühl von Unbehaglichkeit im Halse, Stimmschwäche, hochgradige Schlingbeschwerden. Alle diese Symptome hatten zur Zeit der Demonstration bereits seit zwei Jahren bestanden. Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigte sich eine blasse, glänzende, halbtransparente, blasenähnliche Schwellung, welche das Vestibulum laryngis vollständig verdeckte. Nach Cocainisation ging diese Schwellung einigermassen zurück, und man sah, dass es sich um ein starkes Oedem des linken Giesbeckenknorpels handelte. Auch das linke Taschenband war stark infiltrirt und geröthet, und verdeckte das linke Stimmband, war aber nicht ulcerirt. Die Beweglichkeit beider Stimmbänder war nor-

mal, bei der Inspiration erweiterte sich die Glottis völlig. Spicer besprach die Differentialdiagnose zwischen Perichondritis, Krebs, tertiärer Syphilis und Tuberculose, und erklärte sich zu Gunsten der letzteren, worin ihm der Präsident, Mr. Butlin und Dr. Tilley beistimmten, während Dr. de Havilland Hall die Affection für eine primäre Perichondritis hielt.

W. R. H. Stewart: Multiple Sarcome des Nasenrachenraums.

Stewart gab die weitere Geschichte des von ihm im April 1893 gezeigten Falles (vergl. Centralblatt, laufender Jahrgang S. 65). Er hatte die angerathene Arsenikbehandlung versucht und dem Patienten nach einiger Zeit dreimal täglich 15 Tropfen des Liquor arsenicalis gegeben, bisweilen wurden noch grössere Dosen verabreicht. Das Resultat, soweit die Geschwülste selbst betroffen waren, war wunderbar zu nennen: die Drüsen am Halse wurden weicher und verschwanden, die Geschwürsränder begannen schnell zu vernarben, und der Nasenrachenraum wurde ziemlich frei; dagegen verminderte sich die Schwellung der Zunge nicht, die Geschwulst derselben fing im Gegentheil an zu ulceriren. Etwa 6 Wochen nach dem Beginn der Arsenikbehandlung stellte sich Taubheitsgefühl in Fingern und Zehen ein, die Füsse des Kranken schwollen an, seine Knie knickten ein, und gelegentlich fiel er beim Gehen. Der Arsenik wurde nunmehr bis zum Juli ausgesetzt, und dann wieder aufgenommen. Das Mittel aber wurde nicht mehr in so grossen Dosen vertragen wie früher; inzwischen verschlimmerte sich der Zustand des Halses wieder, und gegenwärtig ist derselbe ungefähr in demselben Zustande wie im April vorigen Jahres.

W. R. H. Stewart: Ozaena mit Retraction der Nasenflügel.

Das Auffallende in dem Falle ist die Retraction der Nasenflügel, welche sich im Verlaufe des atrophischen Processes herausgebildet hat.

Hale White: Absorbirtes Gumma am rechten Giesbeckenknorpel mit Bewegungsverminderung des Stimmbandes.

Der Patient, ein 33jähriger Mann, war im Jahre 1890 und auch 9 Monate vor der Demonstration im Guy's Hospital wegen tertiärer syphilitischer Manifestationen. Im November 1893 trat Aphonie ein, gefolgt von allmälig steigender Athemnoth, die sich bei jeder Aufregung zu Erstickungsanfällen steigerte. Bei der Aufnahme am 19. December 1893 zeigte sich Cyanose, Schwellung der Halsdrüsen, syphilitische Narben an den Beinen, Perforation des Septum nasi, starke Heiserkeit, erschwerter Husten. Der inspiratorische Stridor war so stark, dass unverzügliche Tracheotomie fast unumgänglich schien. Geringe Beweglichkeit des Kehlkopfs bei der Athmung. Einige Einziehung der unteren Thoraxtheile, Zunahme der Dyspnoë bei jeder Aufregung. Ueber dem rechten Arytaenoidknorpel fand sich eine runde, graue, ödematös aussehende Schwellung, etwa von der Grösse einer Haselnuss. Der Giesbeckenknorpel selbst war sichtbar, der hintere Theil der Glottis aber war durch die Geschwulst obstruirt. Das rechte Stimmband bewegte sich kaum, wohl aber das linke. Unter Behandlung mit Jodkali (10 g zu 30 g dreimal täglich) und Quecksilber-Injectionen in die Glu-

täen nahm die Schwellung im Kehlkopf allmälig ab, und war zur Zeit der Demonstration bereits fast verschwunden; die Beweglichkeit des linken Stimmbandes aber noch immer sehr mangelhaft.

Dr. de Havilland Hall erwähnte eines ähnlichen Falles, in welchem die Tracheotomie verschiedene Male erforderlich schien, aber öfters durch den Gebrauch von Jodpräparaten vermieden wurde. Schliesslich aber war die Operation doch unvermeidlich, und später musste auch die Thyreotomie vorgenommen werden. Der Patient ging bald darauf an Pneumonie zu Grunde, und es stellte sich heraus, dass die Kehlkopfkrankheit bösartiger Natur gewesen war, obwohl sie anscheinend mehrmals geheilt war. — Der Präsident sprach sich dahin aus, dass während er im Ganzen gewiss nicht zur Verschleppung der Tracheotomie bei laryngealer Obstruction riethe, doch in Fällen syphilitischer Stenose stets noch ein Versuch mit constitutioneller Behandlung gemacht werden solle, selbst wenn die die Operation dringend indicirt schiene, — selbstverständlich falls man den Patienten unter constanter Beaufsichtigung habe. Er citirte verschiedene Beispiele aus seiner eigenen Praxis, in welchen Hospitalpatienten durch energische, antisyphilitische Behandlung die fast unvermeidlich scheinende Tracheotomie erspart worden war. In Beantwortung einer Frage Dr. Hale White's erklärte er, dass in einem seiner Fälle auch die mangelhafte Beweglichkeit des Stimmbandes sich im Laufe der Zeit vollständig wiederhergestellt habe.

Willcocks: Gummata (?) der Epiglottis.

Es handelte sich um eine bedeutende Verdickung der Epiglottis von unregelmässiger knotiger Form. Die Epiglottis bewegte sich kaum bei der Phonation und verschloss den Einblick in den Kehlkopf. Willcocks war zweifelhaft, ob es sich um Gummata oder Krebs handle. Die Redner in der Discussion (Mr. Stewart und Dr. Bronner) sprachen sich zu Gunsten der syphilitischen Natur des Leidens aus.

(Nach dem Originalbericht in den Verhandlungen der Gesellschaft.)

Felix Semon.

IV. Briefkasten.

Personalia.

Herr Prof. v. Navratil (Budapest) ist dem Centralblatt als ständiger Mitarbeiter für Ungarn beigetreten.

Herrn Prof. Moritz Schmidt ist der Preuss. Kronenorden zweiter Klasse verliehen worden.

Die Herren Max Thorner und W. Roads sind zu Vorständen der am städtischen Krankenhause von Cincinnati neu begründeten Abtheilung für Hals- und Nasenkranke ernannt worden.

Neue laryngologische Gesellschaften.

In Budapest hat sich eine Gesellschaft für Laryngologie und Otologie unter dem Präsidium des Prof. v. Navratil constituirt.

Am College of Physicians von Philadelphia ist eine laryngologische Section gegründet worden. Vorsitzender des Executivcomités ist Dr. J. Solis Cohen, Vorsitzender der Section selbst Dr. Harrison Allen, Secretair des Executivcomités Dr. C. M. Burnett Clerk. (Wir entnehmen diese Nachricht den Annales des maladies de l'oreille etc.)

Sind die adenoiden Vegetationen eine „neue" Krankheit?

Wohl an jeden unserer Leser ist gelegentlich von Laien die Frage gerichtet worden, ob die adenoiden Vegetationen, von denen man jetzt so viel höre eine „neue" Krankheit darstellten? — Die Frage ist natürlich genug angesichts des in der That erstaunlichen Factums, dass eine Krankheit von solcher Häufigkeit und Wichtigkeit erst im Jahre 1872 durch die unvergänglichen Arbeiten unseres hochverehrten Collegen W. Meyer den Aerzten selbst bekannt geworden ist. — Wenn aber auch die ersten medicinischen Nachrichten über das Leiden erst aus der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts herrühren, so hat die Kunst des Malers dafür gesorgt uns den Beweis zu liefern, dass die adenoiden Vegetationen keine neue Krankheit sind, und dass ein urkundlicher Beweis hierfür bis in die Kindheit der mittelalterlichen Portraitmalerei zurückgeht! —

Bei der Rückreise vom Römischen Internationalen Congresse besuchten der Herausgeber des Centralblatts und seine Gattin die berühmte Gemäldesammlung des Palazzo degli Uffici in Florenz, und ersterer bewunderte eben einige Meisterwerke der holländischen Schule, als seine Aufmerksamkeit von seiner Gattin auf ein Portrait Ferdinand's I. gelenkt wurde. welches, soweit der Gesichtsausdruck betroffen ist, so wunderbar typisch für die Folgen nicht operirter adenoider Vegetationen ist, dass man die Diagnose des Leidens mit vollster Sicherheit noch heute, also genau 370 Jahre nach der Ausführung des Portraits stellen kann! — Dasselbe (ein kleines Brustbild) stellt den Kaiser in seinem 21. Jahre in scharfem Profil dar; der gewöhnlich so ausgeprägte Habsburger Familientypus ist völlig verloren gegangen durch die Folgen jahrelang behinderter Nasenathmung; das ganze Gesicht ist in die Länge gezogen, die Nase lang und viel zu schmal für das Gesicht, die Nasenlöcher eng, die Oberlippe verkürzt, der Mund weit offen, das Gesicht den Ausdruck zurückgebliebener geistiger und körperlicher Entwicklung tragend. Kurz: das ganze, von Lucas von Leyden's Meisterhand im Jahre 1524 wunderbar charakteristisch gemalte Bild ist so typisch für das in Rede stehende Leiden, dass wenn irgend einer der Collegen eine Monographie der adenoiden Vegetationen schreiben sollte, er nicht besser thun kann, als dies von einem scharfen Malerauge vor 370 Jahren beobachtete Beispiel der Affection seinem Werke als Titelbild voranzusetzen! —

Eine Photographie des Portraits war in der Galerie selbst käuflich und erregte bei ihrer Demonstration in der letzten Sitzung der Londoner laryngologischen Gesellschaft das lebhafte Interesse aller Anwesenden. Zweifelsohne wird es etwaigen Interessenten leicht sein, sich durch Kunsthändler Copien zu verschaffen Das Portrait trägt die Nummer 895 der Galeria degli Uffici und ist mit der Unterschrift: „Ritratto di un giovinea. Luca di Leyden dep." versehen. Die Photographie ist von G. Brogi hergestellt.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang X.	Berlin, Juni.	1894. No. 12.

I. Zum zehnjährigen Bestehen des Centralblatts.

Mit der vorliegenden Nummer beschliesst das Internationale Centralblatt für Laryngologie und Rhinologie das erste Decennium seines Bestehens.

Ein derartiger Abschnitt ist von Bedeutung im Leben eines Blattes. Die ersten Kämpfe für die Existenz sind vorüber, die Kinderkrankheiten glücklich überwunden, die Stellung nach Aussen erscheint gesichert, der Redactionskörper ist in sich geschlossen, ein wohlwollender Kreis von Lesern und Gönnern erworben. In einem solchen Augenblicke erscheint ein Rückblick auf die Vergangenheit, ein Ausblick in die Zukunft die angemessenste Form der Feier unseres kleinen Jubiläums, und diesem Zwecke seien die folgenden Zeilen gewidmet.

Als der Herausgeber vor nunmehr $10^1/_2$ Jahren den Plan der Gründung des Centralblatts den Laryngologen der Welt unterbreitete, zog er die Summe seiner Motive in folgendem Satze:

„Was uns fehlt, ist ein Journal, das dem beschäftigten Specialisten der Grossstadt, dem in einer kleineren Stadt fern von medicinischen Bibliotheken lebenden Laryngologen, dem praktischen Arzte, der einen seltenen Fall beobachtet und sich über früher geschilderte ähnliche Fälle zu informiren wünscht, schnell, zuverlässig und übersichtlich **Alles** meldet, was auf diesem Gebiet im gegenwärtigen Augenblicke vor sich geht."

Konnte im Jahre 1884 noch ein Zweifel über die Bedürfnissfrage laut werden, d. h. konnte man fragen, ob die Gründung eines solchen Blattes, wie des damals projectirten einer wirklichen Nothwendigkeit entsprach, so dürfte heute, zehn Jahre später, die überzeugendste Antwort auf diese Frage in einem einfachen Hinweis auf Dasjenige bestehen, was das mittlerweile begründete Centralblatt in den zehn Jahren seiner Existenz zur Erleichterung der literarischen Thätigkeit unserer Fachgenossen geleistet hat. Wir bringen an dieser Stelle zwei Tabellen, von denen die erste die übliche Statistik des Jahres 1893, die

zweite die Summe der Referate der zehn Jahre seit der Gründung unseres Blattes repräsentirt:

Die laryngologische Literatur des Jahres 1893.

Länder.	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	54	164	86	151	117	48	26	646
Grossbritannien und Colonien	20	72	71	45	92	62	19	381
Deutschland	36	77	60	36	105	37	11	362
Frankreich	13	60	29	9	34	3	—	148
Belgien und Holland	6	20	10	6	16	3	2	63
Oesterreich-Ungarn	16	7	11	6	10	7	4	61
Italien	5	15	5	8	14	2	—	49
Scandinavische Königreiche	1	4	8	7	4	6	—	30
Schweiz	2	3	2	4	6	4	3	24
Russland	—	3	4	3	2	1	2	15
Spanien	—	1	3	2	3	—	1	10
Polen	1	2	1	—	3	—	—	7
Zusammen	154	428	290	277	406	173	68	1796

Die laryngo-rhinologische Literatur 1884—1893.

Jahr.	Allgemeines.	Nase.	Rachen	Diphtherie und Croup.	Kehlkopf.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
1884	69	141	108	83	195	56	38	690
1885	171	205	225	151	307	82	73	1214
1886	161	269	239	192	374	106	85	1426
1887	195	289	255	244	378	106	83	1550
1888	207	312	337	269	530	138	76	1869
1889	198	378	333	323	461	111	67	1871
1890	306	566	425	309	551	145	73	2375
1891	307	570	487	402	734	162	99	2761
1892	185	447	364	279	443	129	48	1895
1893	154	428	290	277	406	173	68	1796
Zusammen	1953	3605	3063	2529	4379	1208	710	17447

Aus der zweiten dieser Tabellen werden unsere Leser entnehmen, dass das Centralblatt in den zehn Jahren seines Bestehens nicht weniger als **siebenzehntausendvierhundertsiebenundvierzig** Referate über Arbeiten aus dem Gebiete der Laryngologie, Rhinologie und der verwandten Wissenschaften gebracht hat!

Wir wollen an dieser Stelle unserer Betrachtungen nicht darüber philosophiren, welch' erstaunliche Masse von Arbeit auf unserem engeren Gebiete in diesen einfachen Zahlen steckt; aber hervorheben müssen wir es, wie sehr dieselben die Worte bestätigen, welche in dem Prospect des Centralblatts dem oben citirten Satze folgen: „Trotz ihrer Jugend ist die Literatur der Laryngologie bereits heute eine so grosse, ihr Weiterwachsthum ein so rapides, ihre Zersplitterung eine so enorme, dass es schon heute selbst dem Specialisten nur schwer möglich ist, alles in seinem eigenen Felde Geleistete zu studiren."

Galt das bereits im Jahre 1884, so dürfte heute, nachdem in den seither verflossenen zehn Jahren sich die Literatur der Laryngologie um weitere 17000 Arbeiten vermehrt hat, ein Zweifel darüber nicht mehr möglich sein, dass die Gründung eines Blattes, welches es dem Specialisten ermöglicht, sich mit allen Fortschritten seiner Wissenschaft vertraut zu halten, einem wirklichen Bedürfnisse entsprach, einem Bedürfnisse, das noch heute um so zweifelloser fortbesteht, als kein einziges der zur Zeit der Gründung unseres Blattes existirenden oder seitdem neu begründeten Specialjournale irgend welchen Landes und irgend welcher Sprache sich dieselbe Vollständigkeit zur Aufgabe stellt, wie das unsrige.

Darf also die Bedürfnissfrage als im bejahenden Sinne erledigt gelten, so fragt sich nun, in wie weit das Centralblatt in den verflossenen zehn Jahren den Idealen gerecht geworden ist, denen es bei seiner Gründung nachzueifern versprochen hat. — Wir wollten den Fachgenossen schnell, zuverlässig und übersichtlich Alles berichten, was in unser Gebiet schlägt. — Ist uns das gelungen?

Was zunächst die Frage der Vollständigkeit anbelangt, so glauben wir mit gutem Gewissen sagen zu können, dass wir das Erreichbare erreicht haben. Es dürften nicht viele laryngo-rhinologische Arbeiten im Laufe der letzten zehn Jahre veröffentlicht worden sein, deren nicht das Centralblatt in längeren oder kürzeren Referaten Erwähnung gethan hat. Wie bei einer früheren Gelegenheit schon erwähnt, ist am Schlusse jedes Jahrgangs eine gewissenhafte Suche durch die Inhaltsverzeichnisse und bibliographischen Indices sämmtlicher uns zugänglicher laryngologischen Specialjournale, sowie des Index medicus angestellt worden, um diejenigen Arbeiten ausfindig zu machen, welche der Aufmerksamkeit unserer Mitarbeiter entgangen sind, und die Resultate dieser Suche sind regelmässig den betreffenden Herren mit der Bitte zugänglich gemacht worden, das Versäumte nachzuholen. Auf diese Weise ist die grösstmöglichste Vollständigkeit erzielt worden, und es dürften in der That nur wenige einschlägige Arbeiten dem vereinten Spürtalent der Referenten sämmtlicher laryngologischen Journale der Welt entgangen sein. Freilich mussten und müssen eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Arbeiten mit den beiden Worten „nicht zugänglich" abgefertigt werden; das aber ist nicht unsere Schuld. — Wir können hier nur wiederholen, was wir schon im zweiten Jahrgang des Centralblatts (S. 521) in deutlichster Weise erklärt haben: „Es kann unseren Mitarbeitern nicht zugemuthet werden, sich jedesmal brieflich an die Autoren nicht zugänglicher Arbeiten mit der Bitte um Separatabdrücke zu wenden. Liegt den Herren Autoren, welche Arbeiten in Broschürenform oder in kleineren Journalen publiciren, daran, ihre Veröffentlichungen

in dem Centralblatt analysirt zu sehen, so müssen sie sich die kleine Mühe nehmen, dieselben den betreffenden Referenten zugänglich zu machen. Und ebenso müssen wir die Verf. grösserer Werke resp. die Verlagshandlungen ersuchen, mindestens ein Exemplar des betreffenden Werkes an die Redaktion des Centralblatts gelangen zu lassen. Wir können von den Herren, an welche wir die Bitte richten, honoris causa solche grössere Werke zu besprechen, in der That nicht verlangen, dass sie dieselben ad hoc auch noch kaufen sollen, und ebenso wenig ist das Blatt selbst in der Lage, ein Exemplar jeder grösseren einschlägigen Publikation zu diesem Zwecke anzuschaffen. — Es wäre bedauerlich, wenn aus einem so materiellen Grunde in manchen Fällen die Besprechung wichtigerer Arbeiten unterbleiben müsste: die Entscheidung hierüber aber liegt in der Hand der Autoren selbst."

Diese Worte gelten heute noch ebenso wie im Jahre 1886; glücklicherweise aber können wir constatiren, dass die Zusendung grösserer Arbeiten nur in einer kleinen Anzahl von Fällen unterlassen worden ist, während freilich über die in Broschürenform erscheinenden Arbeiten, deren Zahl im Laufe der letzten Jahre beträchtlich zugenommen hat, und vor allem über die in unser Fach einschlagenden Dissertationen nicht ebenso Erfreuliches zu berichten ist. Wir richten noch einmal an alle Autoren die dringende Bitte um Zusendung von Separatabdrücken.

Was zweitens die Zuverlässigkeit unserer Berichte anbelangt, so müssen wir das Urtheil selbstverständlich unseren Lesern überlassen, und können nur mit Befriedigung constatiren, dass die von Anfang an wenig zahlreichen Reclamationen und Berichtigungen im Laufe der Zeit immer seltener geworden sind.

Dagegen müssen wir mit Bedauern eingestehen, dass es uns unmöglich gewesen ist, dem uns bei der Gründung des Blattes vorschwebenden Ideal einer schnellen Berichterstattung nachzukommen. Die Hoffnung, dass sich eine solche ermöglichen lassen würde, beruhte auf einer Unterschätzung der Zahl der laryngo-rhinologischen Arbeiten. Der Herausgeber hatte sich die Sache so vorgestellt, dass sich das einlaufende Material stets, wenn nicht von einem Monate zum andern, so doch spätestens innerhalb zweier bis dreier Monate erledigen lassen würde. Die enorme Zahl der einlaufenden Referate, die colossale Zunahme der schriftstellerischen Thätigkeit auf laryngo-rhinologischem Gebiete haben diesen Voranschlag vollständig über den Haufen geworfen. Es befinden sich jederzeit mehrere hundert Referate, zum mindestens genügend für drei bis vier Nummern des Centralblatts in den Händen der Redaction, und es ist völlig unmöglich, dieses enorme Material in dem gebotenen Rahmen schnell zu erledigen. Wollte man unter diesen Umständen den wichtigen Arbeiten den Vorrang einräumen und Referate über solche zuerst erledigen, so würde sich selbstverständlich, da immer neuer Zufluss solcher wichtigen Arbeiten stattfindet, allmälig eine riesige Quantität unwichtigerer Dinge in dem Besitze der Redaction anhäufen und schliesslich, um diese zu erledigen, einige absolut interesselose Nummern veröffentlicht werden müssen, was ohne Zweifel beträchtliches Murren der Leser zur Folge haben würde.

Unter diesen Umständen haben wir das Princip allgemeiner Schnellig-

keit, wenn auch mit Bedauern, zurücktreten lassen müssen, und dasselbe nur in Fällen in den Vordergrund treten lassen, in welchen gewisse Fragen das allgemeine Interesse aller Laryngologen erweckten, so z. B. als das Cocain in die laryngologische Praxis eingeführt wurde, als der traurige Fall des Kaisers Friedrich die allgemeine Aufmerksamkeit auf die Frage des Kehlkopfkrebses lenkte, als das Koch'sche Tuberkulin die ganze Therapie der Kehlkopftuberculose umzugestalten schien, etc. Im Allgemeinen aber haben wir das Princip der Schnelligkeit dem Princip der Uebersichtlichkeit untergeordnet, und so viel als möglich die Referate jeder Nummer gruppenweise angeordnet, um die praktische Benutzung des Centralblatts zu erleichtern. Wir glauben auch, dass dies Princip allgemeine Anerkennung gefunden hat und dem endlichen Zwecke des Centralblatts am besten entspricht. Sucht heute ein College nach literarischer Information, so wird er sich freilich, was die Arbeiten der jüngsten Monate anbetrifft, an die Originale resp. an andere Specialjournale halten müssen: will er aber die Literatur der Vorjahre vom Jahre 1884 an studiren, so darf ihm die Benutzung des Centralblatts gewissenhafter Weise empfohlen werden.

Was nun die sonstigen Versprechungen unseres Prospects anbetrifft, so wagen wir bei einem Rückblick auf das Geleistete zu hoffen, dass wir denselben nachgekommen sind.

Unsere Leitartikel haben wohl alle laryngologischen Standes- und Tagesfragen behandelt, welche im Laufe der letzten zehn Jahre das allgemeine Interesse unserer Fachgenossen auf sich gelenkt haben. Wir haben eine Schilderung der Stellung der Laryngologie in den verschiedenen Culturländern aus den Federn berufener Fachgenossen gebracht, die allgemeinen Eindrücke, welche die laryngologischen Sectionen der Internationalen Congresse zurückgelassen haben, getreulich zu registriren versucht, Vorschläge hinsichtlich der Titel laryngo-rhinologischer Arbeiten gemacht, die ziemlich allgemein beherzigt worden zu sein scheinen, obwohl freilich eingewendet werden dürfte, dass das „post hoc" nicht nothwendiger Weise ein „propter hoc" bedeutet. Wir haben ferner ein unparteiisches Resumé der traurigen Krankheitsgeschichte Kaiser Friedrich's III. zu geben versucht, die neuen Forschungen über die centrale motorische Innervation des Kehlkopfs in einem besonderen Artikel behandelt: die Bedeutung des Tuberkulin für die Laryngologie objectiv dargestellt, die laryngologischen Lehr- und Lernverhältnisse in Preussen einer freimüthigen Kritik unterzogen, den Unterricht an der mustergiltigen Poliklinik in Berlin in den eigenen Worten des Leiters derselben geschildert, und endlich eine Frage, welche die wichtigsten Interessen der Laryngologie berührte, nämlich die der angeblichen speciellen Neigung gutartiger Kehlkopfgeschwülste, nach intralaryngealen Eingriffen bösartig zu degeneriren, mit Hülfe fast aller führender Laryngologen der Welt in Form einer Sammelforschung zu einem allseitig als befriedigend anerkannten Abschluss gebracht.

Ebenso glauben wir das Versprechen eingelöst zu haben, welches wir hinsichtlich des kritisirenden Theils gaben. Es ist uns gelungen, abgesehen von unseren ständigen Mitarbeitern, anerkannte Führer in den betreffenden Gebieten für die Uebernahme der Besprechung grösserer Werke zu interessiren, und das Centralblatt kann mit Stolz unter seinen gelegentlichen Mitarbeitern die Namen

von C. Gerhardt, Morell Mackenzie, E. Burow, H. T. Butlin, F. Massei, W. Hack, Moritz Schmidt, F. de Havilland Hall, Max Schäffer, C. Hopmann, J. Michael, W. Whitehead, Victor Horsley, G. Johnson, W. M. Ord, F. J. Knight, Manuel Garcia, W. Meyer, Creswell Baber, D. Newman, J. Gottstein, L. Fuhr, Aschenbrandt, A. Krakauer, P. Michelson, Baumgarten, J. Solis Cohen, Greville Macdonald, Beschorner, Heymannn, etc. zählen. Es erübrigt an dieser Stelle auch, den Herren Präsidenten und Secretären der verschiedenen laryngologischen Congresse und Sectionen unseren herzlichen Dank zu sagen für die Bereitwilligkeit, mit welcher sie sich der Aufgabe unterzogen haben, für das Centralblatt authentische Berichte über die betreffenden Versammlungen zu liefern.

Die Namen- und Sachregister der einzelnen Jahrgänge sind stets mit grosser Sorgfalt angefertigt worden, und haben wir hierfür, sowie für alle Geschäfte der Viceredaction, unserem Mitarbeiter, Herrn F. Klemperer, unseren besonderen Dank auszusprechen.

In einem einzigen Punkte sind die Erwartungen des Herausgebers, wie er aufrichtig bekennen muss, stark enttäuscht worden: er betrifft den „Briefkasten der Redaction." Dem Plane nach sollte derselbe interessante Personalia, wissenschaftliche und practische Anfragen, Bitten an die Collegen um Gewährung von Material zu grösseren statistischen Arbeiten, Vorschläge zur Prüfung neuer Mittel und Methoden, individuelle Ansichten über Tagesfragen etc. bringen, und der Herausgeber meinte in der Begründung eines derartigen Abschnittes eine Rubrik geschaffen zu haben, in welcher solche Dinge von allgemeinem Interesse ihren natürlichsten Ausdruck und die schnellste und allgemeinste Verbreitung finden würden. Diese Hoffnung ist nicht in Erfüllung gegangen. Nur ganz gelegentlich ist der Briefkasten von den Lesern des Centralblatts für die genannten Zwecke in Anspruch genommen worden, und die meisten behufs Aufnahme in den Briefkasten an ihn gerichteten Zuschriften betrafen persönliche Angelegenheiten und Beschwerden, die für Niemand als die Schreiber selbst Interesse haben konnten und fast in allen Fällen zu unerfreulichen Controversen geführt haben würden. Es ist daher auch nur eine kleine Minderzahl derselben, in welchen der Herausgeber jeden Anschein von Parteilichkeit zu vermeiden suchen musste, zum Abdruck gelangt. In grösseren Fragen, wie z. B. der der Betheiligung an dem Internationalen Congresse zu Washington, in welcher der Herausgeber mit Bestimmtheit eine allgemeinere Theilnahme an der Discussion erwartet hatte, hat Niemand das Wort ergriffen und ebenso wenig in der Frage der Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft und anderen Fragen von wirklich allgemeinem Interesse. Hoffen wir, dass in dem kommenden Decennium diese Abtheilung unseres Blattes sich zu grösserer Bedeutung emporschwingen möge.

Am Schlusse dieses Abschnitts hat der Herausgeber nur noch denjenigen seinen herzlichsten und wärmsten Dank auszusprechen, die ihn während der zehn Jahre des Bestehens des Centralblatts auf das Thatkräftigste und Uner-

müdlichste unterstützt haben: seinen lieben ständigen Mitarbeitern! — Das Blatt hat das Glück, von den ursprünglichen zwölf ständigen Mitarbeitern noch heute neun unter der Zahl seines Stabes zu sehen, während im Laufe der Jahre andere Collegen dem Redactionskörper beigetreten sind, und ihre Kräfte in uneigennützigster Weise der Erleichterung der literarischen Arbeit der Collegen gewidmet haben. Welche Arbeitslast einzelne dieser Herren in diesen zehn Jahren getragen haben, erhellt aus der einfachen Thatsache, dass z. B. unser amerikanischer Mitarbeiter, Herr Lefferts, in diesen zehn Jahren nicht weniger als **4162** Referate geliefert hat! — Die Berichterstatter für Deutschland, Frankreich, Grossbritannien, Oesterreich folgen mit nicht viel kleineren Zahlen. — Der Herausgeber glaubt im Namen der Leser des Blattes zu sprechen, wenn er allen seinen ständigen Mitarbeitern bei dieser Gelegenheit öffentlich den Dank der Laryngologen ausspricht, welche den Leserkreis des Centralblattes bilden, und mit diesem Dank die Hoffnung verknüpft, dass sie alle noch viele Jahre ihre Kräfte dem Blatte mit gleicher Treue widmen mögen, als sie bisher dieselbe bewiesen haben! — —

Ursprünglich war es unsere Absicht, in einem zweiten Abschnitte dieses Artikels in grossen Zügen einen Rückblick auf dasjenige zu werfen, was die Laryngologie in den zehn Jahren des Bestehens unseres Blattes geleistet hat. Rücksichten auf den beschränkten Raum verbieten uns, diese Absicht in der vorliegenden Nummer zur Verwirklichung zu bringen, es soll dies aber in einem zweiten Artikel geschehen.

An dieser Stelle wünscht der Herausgeber den Lesern und Gönnern des Centralblattes seinen herzlichsten Dank für das dem Blatte treu bewahrte Wohlwollen auszusprechen, und bittet sie, dasselbe dem Internationalen Centralblatt auch im zweiten Decennium seiner Existenz zu erhalten.

Endlich noch eine technische Mittheilung. Die Verlagshandlung ebenso wie manche Abonnenten haben den Wunsch ausgedrückt, dass in Zukunft der Beginn des Jahrgangs des Centralblattes mit dem Kalenderjahr zusammenfallen möge. Um dies zu ermöglichen, wird der nächste Jahrgang 18 Nummern enthalten, für die ein Register am Schlusse des Jahres 1895 ausgegeben werden wird. Der Preis dieses Bandes wird entsprechend seinem Umfang Mk. 22.50 betragen. Vom Januar 1896 an werden dann Beginn des Jahrgangs des Centralblattes und Beginn des Kalenderjahres zusammenfallen, Inhaltsverzeichniss und Register mit der Decembernummer ausgegeben werden, und der Preis des Blattes wieder der jetzige sein. Felix Semon.

II. Referate.

a. Allgemeines, Medicamente etc.

1) **Cozzolino. Ein neues Mittel gegen den infectiösen und besonders den pyogenen Process des Ohres, der Nase und des Schlundes. (Un nouveau rémède contre le processus infectieux et surtout pyogenique de l'oreille, du nez et de la gorge.)** *Annales des malad. de l'oreille et du larynx. No. 11. 1893.*

Verf. empfiehlt verschiedene Lösungen von Mikrocidin. E. J. MOURE.

2) **Goddard. Goddard's Gurgelwasser. (Goddard's gargle.)** *N. Y. Med. Record. 9. December 1893.*

Rp.	Aluminis	7,5.
	Cort. Granat.	15,0.
	Petal. rosae rub. . . .	3,75.
	Mellis	30,0.
	M. Aqu. Bull. . . . . ad	180,0.

Unverdünnt oder mit gleichen Mengen Wasser zu nehmen. LEFFERTS.

3) **Bayer** (Brüssel). **Ueber den therapeutischen Werth der Hydrocarbonate im Allgemeinen und der „Vasogènes Klever" im Besonderen. (On the therapeutic value of the Hydrocarbons in general and especially of the „Vasogènes Klever".)** *Journal of Laryngology. October 1893.*

Kurz gesagt, besteht die Arbeit in einer eindringlichen Empfehlung der „Vasogènes Klever" für die Behandlung der Krankheiten der Respirationsorgane und ganz besonders der Tuberkulose. Nach Verf.'s Angaben scheint der Gebrauch der „Vasogènes" ein unbeschränkter zu sein; B. hat sie auch bei Hautkrankheiten und selbst beim Epitheliom mit augenscheinlichem Nutzen angewandt.

Die „Vasogènes" sind mit Oxygen imprägnirte Hydrocarbonate. Sie können in grossen Quantitäten injicirt werden, ohne Schmerz zu verursachen, und lösen grössere Mengen medicamentöser Stoffe auf, als z. B. das Vaselin. Zur Behandlung der Tuberkulose giebt B. Kreosot-Vasogen in allmälig ansteigender Menge per os und gleichzeitig per Klysma. Combinirt mit dieser medicamentösen Therapie wird sorgfältige Diät, frische Luft, Bewegung, Hydrotherapie; die Resultate waren nach dem Verf. sehr befriedigende. MACKENZIE-JOHNSTON.

4) **Felici. Die Vibrationsmassage in ihrer Anwendung in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Du massage vibratoire appliqué à l'oto-rhino-laryngologie.)** *Revue internat. d'otologie. 10. Februar 1893.*

Dem Verf. erscheint die Massage als nützlich für die hypertrophische Periode der Ozaena, bei chronischen Rhinitiden, bei umfangreichen adenoiden Vegationen, chronischen, granulären, katarrhalischen Larynxgeschwüren und selbst bei Kehlkopftuberkulose mit oder ohne Ulcerationen. Der Verf. bespricht die Methodik der Massage und die Dauer der Sitzung. E. J. MOURE.

5) **J. M. Bleyer. Der Werth der Luftkuren für unsere geheilten Nasen-, Hals- und Brustpatienten, nebst einigen Bemerkungen über geeignete Winterkurorte. (The value of aero-tonic treatment in our cured nose, throat and chest patients, with a few remarks on some suitable winter resorts.)** *Internat. Med. Magazine. August 1893*

B. hält sehr viel von der Wirksamkeit eines Klimawechsels. Frische Luft ist für ihn das beste Tonicum. In der Regel soll man den Pat. in ein Klima schicken, das dem, in welchem er bisher gelebt hat, entgegengesetzt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

6) **A. S. Ashmead. Rhythmische Tractionen der Zunge bei Asphyxie durch Kohlendämpfe nebst einem Fall von Wiederbelebung bei Asphyxia neonatorum nach der Laborde'schen Methode. (Rhythmic tractions of the tongue in asphyxia from charcoal fumes and report of a case of asphyxia neonatorum revivified by Laborde's method.)** *Phil. Med. News. 7. October 1893.*

Der Pat. wird auf den Operationstisch gelegt und ihm dann Branntwein, mit heissem Wasser reichlich verdünnt, ins Rectum injicirt, so viel dieses fassen will. Gleichzeitig wird künstliche Athmung eingeleitet nach der Methode von Sylvester in folgender Modification: Bei jeder Erhebung der Arme über den Kopf wird die Zunge von einem Assistenten nach vorn gezogen, dabei ein in Wasser und Aqua ammoniae getränkter Papierfächer schnell vor dem Munde hin und her geschwenkt, so dass möglichst viel von den Ammoniakdämpfen in die Lunge kommt. Die Zungentraction findet 18—20mal in der Minute statt. Nach sehr kurzer Zeit kann man in günstig verlaufenden Fällen ein Wiederkehren der kapillaren Circulation, zuerst in den Zehen und von da über die ganzen unteren Extremitäten sich ausbreitend, constatiren.

In dem Fall, den A. mittheilt, wurde die Laborde'sche Methode nach der Sylvester'schen modificirt und mit dem Zufächeln von Ammoniak angewandt. Das Kind einer Erstgebärenden war nach einer sehr langen, durch die Zange beendeten Geburt asphyctisch zur Welt gekommen; nach 30—40 Tractionen erfolgte der erste schnappende Athemzug und ganz allmälig kam das Kind ins Leben zurück. Zum Fächeln wurde Wasser und im Hause befindliches Ammoniak benutzt; statt des Ammoniaks kann man auch Terpentinpräparate nehmen, da Terpentin ebenso oxydirend wirkt, wie das Ammoniak. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

7) **J. H. Egbert. Die Hygiene der Nase. (The hygiene of the nose.)** *Diätetic and Hygienic Gazette November 1893.*

E. weist auf die Bedeutung eines normalen Zustandes der oberen Luftwege für den allgemeinen Gesundheitszustand hin, eine Thatsache, die von den Hygienikern nicht genügend gewürdigt werde. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

8) **G. J. Mac Coy. Missbildung der Nase. (Malformation of the nose.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. Juni 1893.*

Pat. war ein 4 Wochen altes Kind. Die rechte Seite der Nase war von der linken durch einen 1 Zoll breiten Raum vollständig getrennt. Die rechte Hälfte stellte einen Hohlkanal dar, von halbknorpeliger Beschaffenheit und war reichlich mit erectilem Gewebe ausgestattet; sie war im Gesicht befestigt unmittelbar oberhalb und innerhalb des rechten Auges. Der Kanal communicirte mit einem Blindsack, der in der Superciliargegend verlief. Ein Photogramm ist der Arbeit beigegeben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Ch. Goris. Lupus des Nasenrückens. Rhinoplastik. (Lupus du dos du nez. Rhinoplastic.)** *Revue internat. de laryngologie, rhinol. et otol. 25. Juli 1893.*

Der Kranke, um den es sich handelt, war mit Lupus erkrankt, der allmälig den ganzen Rücken der Nase einnahm. Die Cauterisationen blieben ohne Effect und Verf. schritt deshalb zur Rhinoplastik. Er schnitt einen Frontallappen aus und füllte die dabei entstehende Wunde nach der Thiersch'schen Methode. Der Zustand des Kranken besserte sich. E. J. MOURE.

10) **Parker Syms. Eine Methode der Rhinoplastik. (A method of rhinoplasty.)** *N. Y. Med. Journ. 16. December 1893.*

Verf. hat nicht die Absicht, die verschiedenen Formen von plastischen Operationen an der Nase zu besprechen, sondern er will nur auf die eine einfachste Form die Aufmerksamkeit lenken, die auch bei beträchtlichen Zerstörungen des Gesichts dasselbe leistet, wie die schwereren und complicirteren Verfahren. Die Operation, von der Verf. spricht, besteht in der Bildung eines Lappens an der erkrankten Seite durch 2 Parallelschnitte, deren Entfernung der Breite des zu füllenden Raumes entspricht. Die Schnitte gehen durch die Haut und die Fascie, sie müssen soweit gehen, dass der Lappen ohne stärkere Spannung über den zu bedeckenden Raum gelegt werden kann; er wird dann auf diesem durch die Naht befestigt. Diese Lappenbildung entspricht ganz dem analogen Vorgehen bei der Malgaigne'schen Operation zur Bildung einer neuen Lippe. Operirt man am unteren Theil der Nase, so kann man die Schnitte gerade führen, denn hier ist die Haut sehr lose und leicht zu strecken. Wo es schwer ist, einen genügenden Lappen zu gewinnen, incidirt man besser in einer gebogenen Linie. Wenn sich beim Annähen des Lappens Buckel bilden, so liegt der Grund darin, dass der Lappen kürzer ist, als der Hautrand. Man entferne dann ein dreieckiges Stück der Haut am äusseren Ende der Incision, so dass die Schnittlinie die Basis des Dreiecks bildet. Näht man nun die beiden Seiten des Dreiecks zusammen, so wird der Hautrand dadurch verkürzt. Ist die vordere Fläche beider Nasenseiten betheiligt, so wird auf beiden Seiten ein ähnlicher Lappen entnommen und ihre medianen Ränder vereinigt, so dass die ganze Nase bedeckt ist.

LEFFERTS.

11) **E. E. Keeler. Atresie der äusseren Nase. (Atresia nasi externi.)** *Journ. Ophthal., Otol. and Laryngology. October 1893.*

Der Pat., ein Knabe von 9 Jahren, hatte vor 6 Monaten einen Typhus durchgemacht und dabei während des mehrere Tage anhaltenden Fieberdeliriums, sobald man ihm nicht fortwährend kräftig die Hände festhielt, fortdauernd mit den Fingern in der Nase herumgebohrt. Da damals das Leben des Kindes Tage lang in Frage stand, wurde dieses Bohren in der Nase nicht so beachtet, wie es wohl zu anderen Zeiten der Fall gewesen wäre. Nach einiger Zeit jedoch fand man das eine Nasenloch ganz verschlossen, das andere nahezu; die Oberfläche erschien so glatt, als ob man eine Hautpartie dahin transplantirt hatte.

Als K. den Pat. sah, konnte er nicht durch die Nase athmen, da beide Nasenhälften nach vorn geschlossen waren; an Stelle der Nasenlöcher fand sich eine glatte Haut, die wenig von einer Narbe an sich trug. K. stellte mit einem Platinmesser, das an eine Batterie angeschlossen war, die Oeffnungen wieder her; 6 Wochen später aber waren sie wieder fast ganz geschlossen. Jetzt wurde das Narbengewebe in möglichstem Umfange excidirt und die Angehörigen angewiesen, jede Nacht in die Nasenlöcher einen Wattetampon einzulegen. Allein auch dies führte nicht zum Ziel und um den erneuten Verschluss zu verhüten, musste K. ein drittes Mal operiren. Er legte jetzt eine Hohlröhre von Weichgummi ein, um einer Contraction vorzubeugen. Ein Jahr lang musste der Pat. diese tragen, dann erst war die Gefahr der Contraction ganz überwunden. Eine ähnliche Folgestörung nach Typhus ist bisher nicht mitgetheilt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) **Ch. Goris. Hartnäckige Neuralgie des Nasenflügels. Dehnung und Resection des Nerv. infraorbitalis. Heilung. (Neuralgie rebelle de l'aile du nez. Elongation et resection du nerf sous-orbitaire. Guérison.)** *Rev. internat. de rhinol., laryngol. et otol. 25. Juli 1893.*

G. berichtet von einer Kranken, die an quälenden Schmerzen im rechten Nasenflügel litt. Die Patientin war seit 4 Jahren aphasisch und bot auch andere klassische Symptome einer centralen Affection. Es wurde der Infraorbitalnerv gedehnt, wodurch Heilung erfolgte. Interessant ist an dem Falle, dass die Operation an dem peripheren Nerven Heilung bringen konnte, wo doch der Sitz der Erkrankung offenbar central war.

E. J. MOURE.

13) **Gradenigo. Schwindel und Pseudo-Angina pectoris als Reflexerscheinungen nasalen Ursprungs. (Vertige et pseudo-angine de poitrine comme phénomènes reflexes d'origine nasale.)** *Revue internat. de rhinol., d'otol. et de laryngologie. 25. Februar 1893.*

Verf. beobachtete 4 Fälle von Schwindel im Anschluss an chronische katarrhalische Rhino-Pharyngitis mit Hypertrophie der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel. Ein anderer Patient mit hypertrophischer Coryza hatte echte Krisen von Angina pectoris, ein Ereigniss, dass nach Verf.'s Ansicht von rhinologischer Seite noch nicht beschrieben ist.

E. J. MOURE.

14) **H. W. Loeb. Nasale Kopfschmerzen. (Nasal headaches.)** *Med. Mirror. September 1893.*

Auf nasalen Ursprung kann man fahnden bei 1. Stirnkopfschmerz, 2. halbseitigem Kopfschmerz, der oberhalb des Auges seinen Ursprung hat, 3. langanhaltendem Kopfschmerz, 4. Kopfschmerzen, die sich steigern oder ihren Anfang nehmen mit einer acuten Rhinitis, 5. Kopfschmerzen, die in ähnlichen oder gleichen Anfällen auftreten, 6. Kopfschmerzen, die neben einer nachweisbaren Erkrankung der Nase oder ihrer Nebenhöhlen bestehen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **H. W. Loeb. Ein paar Fälle von nasalem Kopfschmerz. (Some illustrative cases of nasal headache.)** *N. Y. Med. Journ. 4. November 1893.*

Verf. stellt folgende Zustände zusammen, die eine ätiologische Bedeutung für den Kopfschmerz haben sollen: Acute Entzündungen der Nasenschleimhaut, chronische Rhinitis, Rhinolithen und Fremdkörper, Nasenscheidewandverbiegungen und -Deformitäten, Spinen, Erkrankungen der Nebenhöhlen, chronische Rhinitis atrophicans, ferner jede Erkrankung, die zu einem Druck der mittleren Muschel gegen das Septum führt.

Verf. giebt einige Krankengeschichten, die die Symptomatologie, wie die Aetiologie der nasalen Kopfschmerzen in charakteristischer Weise illustriren.

LEFFERTS.

16) .... **Niessen in der Chloroformnarkose. (Sneezing while under chloroform.)** *Lancet. 22. December 1893.*

Eine redactionelle Bemerkung zu einem von Lerede Chalke in dem Indian Medical Record mitgetheilten Falle.

Der Patient hatte ein Staphylom der rechten Cornea und da der Augapfel weitgehend zerstört war, wurde die Chloroformnarcose behufs Exstirpation des erkrankten Auges eingeleitet. Als man das Speculum zwischen die Augenlider des Pat. einlegte, fing derselbe auf einmal an heftig zu niessen, etwa 2 Minuten lang, bis er aus der Narkose erwacht war. Nach einer Pause wurde er wieder narkotisirt und es ereignete sich ganz derselbe Zwischenfall noch einmal.

Vier Tage später wurde eine Injection von 0,03 Cocain gemacht, ehe man das Chloroform gab; doch auch dies verhütete das Eintreten des Niess-Paroxysmus nicht. Schliesslich gelang die Operation ohne Unterbrechung der Chloroformnarkose, nachdem man eine Cocainlösung in das erkrankte Auge getropft hatte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

17) **Ferber. Heilung des Heufiebers. (Relief of hay fever.)** *N. Y. Med. Record. 23. September 1893.*

Ferber (Hamburg) berichtet, dass er selbst so schwer an Heufieber litt, dass er sich gezwungen sah, den ganzen Sommer hindurch in geschlossenem Wagen zu fahren. Besserung brachte ihm erst die gelegentliche Beobachtung, dass im Winter der Schnupfen gewöhnlich mit heissen Ohren einhergeht, die, sobald der Ausfluss aus der Nase im Gang ist, ihre gewöhnliche Temperatur wiedergewinnen. F. entschloss sich zu versuchen, einmal in umgekehrter Form auf das

Heufieber im Sommer zu wirken; er begann deshalb seine Ohren zu reiben, bis sie heiss und roth waren. Es ist jetzt das dritte Jahr, dass er sich mit diesem Mittel durch die ganze Heufieber-Saison hindurchhilft. „Sobald das geringste Gefühl von Völle in der Nase erscheint, bemerkt man auch schon an den Ohren eine leichte Blässe. Gründliches Reiben der Ohren, manchmal gesteigert bis zur Contusion, hat noch jedesmal den Erfolg gehabt, die Congestion der Nasenschleimhaut aufzuheben, das Reiben muss freilich kräftig vorgenommen werden und wiederholt werden, sobald auch nur das kleinste Zeichen von Congestion in der Nase sich geltend macht. Seit ich dieses Mittel anwende, kann ich lange Gänge auf staubigen Wegen machen, bei offenem Fenster sitzen und selbst schlafen, ja einen Abend in meinem Garten zubringen, ohne dass ich erkranke. Mehrere meiner Patienten erfuhren ebenfalls Besserung durch diese Behandlung und zwar stets proportional der Kraft des Reibens." LEFFERTS.

18) **Ferber. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Med. Record. 25. November 1893.*

F. lässt die Ohren, die gewöhnlich blass sind, reiben, bis sie roth und warm sind. LEFFERTS.

19) **Redactionelle Notiz. Eine Heufieber-Behandlung. (A hay fever cure.)** *N. Y. Med. Record. 18. Novemher 1893.*

Dr. Bishop schlägt eine neue Theorie und eine neue Behandlungsmethode für das Heuasthma vor. Im Anschluss an die Anschauungen und thatsächlichen Befunde von Dr. Alexander Haig bringt B. die Krankheit mit der Harnsäure in Zusammenhang, die im Ueberschuss ins Blut gelange und von dort aus die nervösen Störungen, den Husten, das Niessen u. s. w. veranlasse. Deshalb heile man den Anfall, indem man 30 Tropfen verdünnte Schwefelsäure 2 oder 3 mal am Tage gebe. Die erste Dosis soll Morgens und reichlich in Wasser verdünnt gegeben werden. In den freien Intervallen, besonders aber etwa 40 Tage bevor der Anfall zu erwarten ist, soll man salicylsaures Natrium und phosphorsaures Natrium nehmen lassen. Milchdiät, Früchte, Vegetabilien, Butter u. s. w. sind zu empfehlen.

Dr. Bishop behauptet nicht, dass die Harnsäure die einzige Ursache des Heufiebers ist; auch will er durch seine Therapie nicht die Beachtung nasaler und anderer Reize ausgeschlossen wissen. LEFFERTS.

20) **L. H. Page. Heufieber. (Hay fever.)** *Indiana Medical Journal. November 1893.*

Das Heufieber entsteht durch eine Reflexreizung von der Nase aus; der Reflex wird durch den Pollenstaub oder andere reizende Substanzen ausgelöst, welche durch den constanten Druck auf die Nervenendigungen, die sie hyperästhetisch machen, wirken. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **W. H. Hipp. Hyperästhetische Rhinitis; Heufieber. (Hyperaesthetic rhinitis. Hay fever.)** *Chicago Med. Times. December 1893.*

Ein allgemeines Resumé. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **J. Potter. Einige Punkte aus der Pathologie des Asthma. (Points on the pathology of asthma.)** *Indiana Med. Journ. November 1893.*

P. schildert 2 Formen von Dyspnoe, die mit nasaler Erkrankung einhergehen und durch Beseitigung der nasalen Störung heilbar sind. Die erste ist eine eigenartige, mehr oder weniger beständige Unfähigkeit, frei zu athmen, selbst bei Anstrengung. Diese, der niedrigste Grad und die einfachste Form von Dyspnoe, wie sie manche Fälle von nasaler Erkrankung begleitet, ist die unterste Stufe des Asthma.

Die zweite Form zeigt eine ausgesprochene und mehr spasmodische Dyspnoe; sie tritt besonders des Nachts auf bei manchen an nasaler Erkrankung leidenden Patienten.

Diese einfachen Formen von Dyspnoe sind nichts weiter als geringe Formen von Asthma; ihre Abhängigkeit von der nasalen Erkrunkung wird durch ihre prompte Heilung bei Behandlung der Nase erwiesen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **Kafemann. Beziehungen des adenoiden Gewebes im Rachengewölbe zu den Paraesthesien des Halses und der Nase. (Rapports du tissu adénoide de la voute du pharynx avec les parésthesies de la gorge et du nez.)** *Revue intern. de Rhinologie, d'Otologie et Laryngologie. 25. Januar 1893.*

Verf. erwähnt verschiedene Beispiele von Paraesthesien, die durch die Anwesenheit kleiner adenoider Vegetationen oder durch Unregelmässigkeiten im Nasenskelet und durch Verbiegungen des Septums bedingt waren.

E. J. MOURE.

24) **C. H. Baker. Adenoide Geschwülste des Rachens. (Adenoid growths of the pharynx.)** *Trans. Michigan. Med. Soc. Vol. XVII. p. 111.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Dausac. Adenoide Vegetationen. (Végétations adénoides.)** *Annal. d. malad. de l'oreille. Juli 1893. No. 7.*

Eine allgemeine Studie über die Hypertrophie der Rachentonsille mit histologischen Details über ihre Zusammensetzung bei verschiedenen Personen.

E. J. MOURE.

26) **T. M. Hardie. Behandlung adenoider Vegetationen. (Treatment of adenoid vegetations.)** *North American Practitioner. Mai 1893.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **P. S. Jakins** (London). **Auffälliges Zunehmen des körperlichen Wachsthums nach Entfernung der Mandeln und der adenoiden Vegetationen. (Remarkable increase in body growth following the removal of tonsils and adenoid.)** *Journal of Laryngology. September 1893.*

J. berichtet von einem 17jährigen jungen Menschen, der im Vergleich zu seinem Brüdern sehr im Wachsthum zurückgeblieben war. Nach der Heraus-

nahme der Tonsillen und adenoider Vegetationen entwickelte er sich auf einmal und wuchs in 2 Jahren über 6 Zoll bei gleichzeitiger Zunahme an Körperumfang.

MACKENZIE-JOHNSTON.

28) **E. M. Sympson. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Adenoid vegetations of the naso-pharynx.)** *Archives of Pediatrics. September 1893.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

29) **C. W. Richardson. Einige Bemerkungen über die operative Behandlung der Adenoidgeschwülste. (Some remarks on operative treatment of adenoid growths.)** *Journal Am. Med. Assoc. 18. November 1893.*

R. wünscht die Entfernung der adenoiden Massen, wo irgend angängig, stets mit dem Finger vorgenommen zu sehen, sonst mit der Zange, niemals mit der Curette. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **J. E. Newcombe. Ueber das Vorkommen von Blutungen nach operativer Entfernung von adenoidem Gewebe aus dem Nasenrachenraumgewölbe: mit Bericht über einen tödtlich verlaufenen Fall. (The occurrence of hemorrhage after operation for the removal of adenoid tissue from the naso-pharyngeal vault; with the report of a fatal case.)** *American Journal of the Med. Scienc. Novemb. 1893.*

Der erwähnte Fall betrifft eine Nachblutung bei einem Kind von 3 Jahren und 9 Monaten. Es scheint, als ob der letale Ausgang Schuld der Nachlässigkeit der Angehörigen ist, die nicht zum Arzte sendeten, als bis das Kind fast todt war. P. MC. BRIDE.

31) **P. J. Gibbons. Ein Adenotom zur Entfernung adenoider Geschwülste im Rachengewölbe. (An adenotome for the removal of adenoid growths in the vault of the pharynx.)** *N. Y. Med. Journal. 21. October 1893.*

Das Instrument besteht aus einer breiten, flachen Stahlplatte, die am distalen Ende eine ovale Oeffnung trägt, gross genug, um die adenoiden Massen aufzunehmen. Ein Messer ist an derselben derart befestigt, dass man es über das Fenster vorschieben und die adenoiden Massen, so weit sie durch die Oeffnung vorragen, amputiren kann.

Der Handgriff ist dem des Bosworth'schen Cauterträgers ähnlich und so geformt, dass er die Einführung hinter den Gaumen und an die Basis der Vegetationen begünstigt. LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

32) **Harrison Allen. Bemerkungen über congenitale Defecte im Gesicht mit Vorstellung einer seltenen Form von Gaumenspalte. (Remarks on congenital defects of the face with exhibition of a rare form of cleft palate.)** *N. Y. Med. Journal. 23. December 1893.*

Wird im Verhandlungsbericht der XV. Jahresversammlung der American. Laryngological. Association referirt. LEFFERTS.

33) **W. P. Northrup. Zur Pflege von Hals und Ohren bei Kindern. (Concerning the care of the throat and ears in children.)** *Archives of Pediatrics. October 1893.*

Die richtige Pflege des Halses erfordert: 1. Entfernung aller vergrösserten Tonsillen, wo sie in irgend einer Weise den Allgemeinzustand beeinträchtigen, Nasenrachenraumcatarrh oder gar Mittelohrcatarrh unterhalten. 2. Nach Diphtherie und Scharlach soll der Hals Monate lang unter ärztlicher Beobachtung bleiben. 3) Die Entfernung von Tonsillen oder adenoiden Wucherungen ist eine Operation, die der Kinderarzt vorzunehmen hat. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **Wynter Blyth. Trockenes Wetter und Halskrankheiten. (Dry weather and throat diseases.)** *Brit. Med. Journ. 15. Juli 1893.*

Eine redactionelle Notiz über eine Bemerkung von Blyth, der dem Gedanken Ausdruck giebt, dass der Mangel an Regen mit dem stärkeren Anwachsen der Halskrankheiten in Zusammenhang stehen könnte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

35) **Lennox Browne** (London). **Trockenes Wetter und Halskrankheiten. (Dry weather and throat diseases.)** *Journal of Laryngology. August 1893.*

Bezugnehmend auf den Medicinalbericht von Blyth, der das Anwachsen der Halskrankheit in Verbindung setzt mit dem trockenen Wetter, giebt Browne der Meinung Ausdruck, dass die Zunahme am augenscheinlichsten ist nicht sowohl während der Trockenheit, als vielmehr beim ersten Ausbruch von Regen nach einer Trockenperiode. Br. bringt zur Stütze dieser Anschauung einige Zahlen aus der Spitalstatistik. MACKENZIE-JOHNSTON.

36) **D. Bryson Delavan. Das Fehlen von Berichten über Operationen zur Besserung des Krebses im Halse. (The withholding of reports of operations for the relief of cancer of the throat.)** *N. Y. Med. Journ. 14. Octob. 1893.*

Abdruck des auf dem XV. Meeting der American. Laryngological. Association gehaltenen Vortrages, der im Verhandlungsbericht referirt werden wird.

LEFFERTS.

37) **C. G. Fellows. Entfernte Ursache des Rachencatarrhs. (Remote causes of pharyngeal catarrh.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngol. Octob. 1893.*

F. zeigt, dass die Leber, intestinale Catarrhe und Rectumerkrankungen an der Entstehung von Rachenkrankheiten einen bedeutsamen Antheil haben können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **A. F. Voelcker** (London). **Impaction eines Billardballs im Pharynx. (Billiard ball impacted in the pharynx.)** *British Medical Journal. Nov. 11. 1893.*

In der Sitzung der Pathological Society of London am 7. November 1893 zeigte V. den Pharynx eines Mannes, der plötzlich asphyctisch zu Grunde ging, nachdem er einen Billardball in den Mund genommen hatte. Der Ball wurde bei der Autopsie über dem Vestibulum laryngis gefunden. Die Epiglottis war jedoch nicht heruntergedrückt. Alle Organe waren intensiv congestionirt.

SEMON.

d. Diphtherie und Croup.

39) **W. A. Mc Lachlan** (Dumberton). **Untersuchungen über die Diphtheritis. (Researches on diphtheria.)** *Glasgow Med. Journal. Sept. 1893.*

Verf. bespricht einige Fälle, die er in seinem District beobachten konnte, bei denen man die Infectionsquelle deutlich feststellen konnte und zwar in einer Verunreinigung des Trinkwassers oder des Spülwassers, mit dem das Essgeschirr gereinigt wurde. Auch einige andere ungewöhnlichere Infectionsmodi werden erwähnt. Dann giebt M. verschiedene Winke für die Behandlung; er empfiehlt zur localen Application Carbolsäure mit Alaun und Glycerin. P. MC. BRIDE.

40) . . . . . **Diphtheritische Hemiplegie. (Diphtheritic hemiplegia.)** *Lancet. 30. September 1893.*

Eine Notiz, die sich auf eine Arbeit von Donath (Budapest) im Neurologischen Centralblatt bezieht. Der Verf. betont, dass es eine falsche Auffassung des Falles sei, wenn man ihn als Beispiel von postdiphtheritischer Lähmung beschreibe, da ja die Hemiplegie keine directe Folge der diphtheritischen Intoxication gewesen sei. MACKENZIE-JOHNSTON.

41) **W. T. Howard. Bericht über einen Fall von Diphtherie des Herzens. (Report of a case of diphtheria of the heart)** *N. Y. Medical Record. 20. Mai 1893.*

Ein 34jähriger Arbeiter wurde in's Spital aufgenommen wegen Schwäche, Diarrhoen und Schmerzen. Familienbelastung lag nicht vor. Er war kräftig gebaut und gab an, nie vorher krank gewesen zu sein. Die Temperatur betrug 38,5°, Puls 86; über den Lungen normaler Befund; Spitzenstoss an richtiger Stelle; Herztöne rein. Drei Tage später hatte Pat. Morgens 38,0° und Abends 40,0°. Die Milz nicht vergrössert. Der Zustand verschlechterte sich mehr und mehr und am 17. Tage nach der Aufnahme starb Patient. Bei der Section fand sich ein grosser Thrombus an der Mitralklappe, der sich tief in die Herzkammer hineinerstreckte; die ganze Milz war ein Infarct, auch in den Nieren zahlreiche Infarcte. Deckglaspräparate von dem Thrombus liessen einen Mikroorganismus erkennen, der sich morphologisch von dem Klebs-Löffler'schen Bacillus nicht unterscheiden liess. Auch die Culturen zeigten alle Charaktere des Diphtheriebacillus. Nur tödtete der gezüchtete Bacillus nicht recht die Thiere, sondern er erzeugte Eiterung. LEFFERTS.

42) **Soltan Fenwick** (London). **Diphtheritis des Magens. (Diphtheria of stomach.)** *British Med. Journ. Dec. 23. 1893.*

Demonstration dieser seltenen Localisation diphtherischer Membranen im Magen eines 3jährigen Knaben. Weder an den Tonsillen, noch im Pharynx oder im Oesophagus waren Membranen vorhanden, doch musste während des Lebens die Tracheotomie vorgenommen werden. SEMON.

43) **Redactionelle Notiz. Diphtherie. (Diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 13. Mai 1893.*

Nedzwiecki giebt Kindern von 1 Jahr Salicylsäure 3,75 in 180,0 Kalkwasser stündlich 1 Theelöffel voll mit gutem Erfolge. Silbernitrat in starker Lösung wendet Fulton an, der jedesmal nach der Application desselben die Theile mit Calomel 0,06 in 3,75 Sulfur. pulverat. einstäubt. Viele bevorzugen zur Lösung der Membranen und zur Reinigung der von ihnen bedeckten Gewebe das Wasserstoffsuperoxyd. Hagen verabreicht dasselbe in Form eines Sprays, und zwar als 5proc. Lösung in Ol. mercur. Chloralhydrat wird als Specificum gerühmt von Galentin u. A.; man kann es als Gurgelwasser oder innerlich geben. Sättigung der Luft des Krankenzimmers mit Theer- und Terpentindämpfen empfiehlt Martindale.

LEFFERTS.

44) **S. Kohn. Zur innerlichen Anwendung von Calomel bei der Behandlung der pseudomembranösen Laryngitis. (On the internal administration of calomel in the treatment of pseudo-membranous laryngitis.)** *Med. Record. 19. August 1893.*

K. stützt sich bei der Empfehlung dieses Mittels für die Behandlung der Kehlkopfdiphtherie auf folgende Punkte:

1. Das Quecksilber ist heutzutage das einzige Medicament, dem der Arzt in der Behandlung der Diphtherie ein grosses Vertrauen entgegenbringt; auf welchem Wege man dasselbe auch giebt, seine nützliche Wirkung übt es wahrscheinlich durch die Resorption in die Blutbahn aus.

2. Nach des Verf.'s Erfahrung hat die stündliche Verabfolgung von 0,05 Calomel in manchen Fällen eine aufweichende und lösende Wirkung auf die diphtherische Membran ausgeübt und dadurch die Nothwendigkeit operativen Eingreifens beseitigt.

3. Das Mittel lässt sich den Kindern leicht beibringen und reizt den Magen-Darm-Tractus nicht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **M. B. Hefe bei Diphtherie. (Yeast in diphtheria.)** *Lancet. 30. September 1893.*

Der Schreiber des vorliegenden Briefes hat zahlreiche Fälle von Diphtherie mit Hefe behandelt. Er giebt einen Theelöffel voll von derselben in ca. 350,0 lauwarmen Wassers aufgelöst.

MACKENZIE-JOHNSTON.

46) **J. B. Turner. Erfolgreiche Behandlung des membranösen Croups ohne Tracheotomie und ohne Intubation. (Successful treatment of membranous croup without either tracheotomy or intubation.)** *Proc. Phil. Med. Soc. Vol. XIII. p. 80.*

Nicht zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **R. K. Valentine. Rath zur Frühoperation bei diphtheritischem Croup. (A plea for early operation in diphtheritic croup.)** *Hahnemanian Monthly. August 1893.*

Wenn die Kehlkopfschleimhaut von der Diphtherie mitergriffen ist, so soll,

sobald deutliche Zeichen von Congestion der Lungen auftreten und die Temperatur steigt, sofort die Intubation gemacht werden, wenn anders ein Grund zur Bevorzugung der Tracheotomie nicht vorliegt.

Die Intubation und die Tracheotomie gehören zu den am wenigsten schwerwiegenden chirurgischen Eingriffen und man sollte sie nicht als letztes Hilfsmittel betrachten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) A. Lambotte (Brüssel). **Studie über die chirurgische Behandlung des Croup und das Auswischen der Luftröhre; 46 persönliche Beobachtungen. (Etude sur le traitement chirurgical du croup et l'ecouvillonnage de la trachée. Quarante six observations personnelles.)** *La Clinique. No. 25. 1893.*

Im Anschluss an seine Artikel No. 17 und 20 der „Clinique" theilt L. 46 persönlich beobachtete Fälle von Tracheotomie bei Croup mit, wovon 28 geheilt, 18 gestorben waren. Er hat somit das schöne Resultat von 60 pCt. Heilungen zu verzeichnen. BAYER.

49) A. Lambotte (Brüssel). **Studie über die chirurgische Behandlung des Croup und das Auswischen der Luftröhre. (Etude sur le traitement chirurgical du croup et l'écouvillonnage de la trachée.)** *La Clinique. No. 17 u. 20. 1893.*

Der Autor empfiehlt das Auswischen der Trachea bei Verlegung derselben, wie dieselbe nach der Tracheotomie vorkommt, sei es durch die Blutung während der Operation, sei es einige Tage später durch Trachealulceration, sei es durch die schleimig-eitrige Secretion wenige Stunden nach der Operation, wie es besonders bei kleinen Kindern der Fall ist, oder endlich durch falsche Membranen oder eingetrockneten Schleim, der sich am 2. oder 3. Tag nach der Operation bildet. In No. 20 der „Clinique" bespricht er die verschiedenen Indicationen, welche eine rationelle Behandlung des Croup zu erfüllen hat, mit besonderer Bezugnahme auf die Tracheotomie. Zum Schluss geht er noch ausführlich auf die Technik des Auswischens der Trachea ein. BAYER.

50) F. E. Waxham. **Bericht über 460 Fälle von Intubation des Kehlkopfs. (Report of 460 cases of intubation of the larynx.)** *Denver Medical Times. August 1893.*

W. verzeichnet 161 Heilungen = 34,54 pCt. Man nimmt allgemein an, dass man die Intubation früh machen müsse; jedoch ist dies ein Irrthum. W. hat die Intubation stets nur als das ultimum refugium betrachtet und sie oft erst ausgeführt, wenn der Patient bewusstlos und moribund war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) G. Mc Naughton. **Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Brooklyn Med. Journal. August 1893.*

Der Artikel beschäftigt sich hauptsächlich mit statistischen Untersuchungen. Auf Grund derselben hält Verf. für die beste Therapie des membranösen Croups — und jeder membranöse Croup ist Diphtherie — die Sublimation von Calomel. Später, wenn es zu einer Stenose des Kehlkopfes kommt, soll der Patient intubirt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **G. D. Nutt. Intubation mit Bericht über eine Anzahl von Fällen. (Intubation with report of cases.)** *Med. and Surg. Reporter. 9. Sept. 1893.*

44 Fälle mit 26 Heilungen; darunter 23 Fälle von diphtherischem Croup mit 10 Heilungen und 21 von membranösem Croup mit 15 Heilungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **Burrell. Indicationen für die Intubation. (Indications for intubation.)** *N. Y. Medical Record. 16. Sept. 1893.*

In dem Frühstadium beim Croup der Kinder; in Fällen von Diphtherie, in denen die Membranen hauptsächlich im Schlunde sitzen; wegen der Dyspnoe bei sterbenden diphtherischen Kindern, deren Eltern die Tracheotomie nicht zulassen.

LEFFERTS.

54) **Schweiger** (Wien). **Die Intubation bei diphtherischer Larynxstenose.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 3. 1893.*

Die Erfahrungen Schweiger's sprechen zu Gunsten der Intubation. Im Karolinen-Kinderspitale in Wien konnten von 68 Intubirten 31 geheilt entlassen werden, davon 5 erst nach secundärer Tracheotomie.

Als Contraindicationen gegen die Intubation stellt Schw. auf: eine hochgradige Rachendiphtherie, die zur Pharynxstenose führt, septischer Charakter der Diphtherie mit leicht blutendem Rachenbelag und plötzlich eintretende Asphyxie.

SEIFERT.

55) **W. B. Johnson. Intubation und Tracheotomie bei diphtheritischem Croup mit Bericht über einige Fälle. (Intubation and tracheotomy in diphtheritic croup with report of cases.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 25. Nov. 1893.*

19 Fälle von Intubation mit 6 Heilungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **H. v. Ranke. Intubation und Tracheotomie.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 44. 1893.*

Das Hauptresultat der nun durch 4 Jahre fortgesetzten Sammelforschung ist, dass die Resultate der Intubation und der Tracheotomie sich genau die Wage halten. Es scheint, dass mit der Intubation in den ersten beiden Lebensjahren etwas mehr zu erreichen ist als mit der Tracheotomie. Bei massenhaftem Exsudat scheint die Tracheotomie vorzuziehen zu sein, doch können beide Methoden neben einander zur Anwendung gelangen. Die Tracheotomie ist ferner indicirt, wenn bei liegendem Tubus plötzlich Asphyxie eintritt. Die Tracheotomie vollständig unentbehrlich zu machen, wird der Intubation niemals gelingen. Die Details müssen im Original nachgesehen werden. SCHECH.

57) **Bär. Tracheotomie und Intubation im Kinderspital Zürich.** Inaug.-Dissert. Zürich. 1893.

690 Fälle von Diphtherie von 1874—1891. Gesammtmortalität 43,8 pCt. Auf die Tracheotomiezeit 1874—1888 fallen 45,3 pCt., auf die Intubationszeit 1888—1891 39 pCt. Mortalität. Es waren jedoch 10 pCt. von allen Diphtheriefällen reine Pharynxdiphtherie, wo weder Tracheotomie noch Intubation in Betracht kam, wesshalb diese nicht mitgerechnet werden sollten.

Wenn schon die Unterschiede von 39 zu 45 pCt. für sich allein, weil zu klein, nicht gerade sprechend sind, so werden sie doch für die ersten 3 Lebensjahre auffallender, wo sie von 47,7 zu 62,2 pCt. differiren zu Gunsten der Primäranwendung der Intubation bei kleinen Kindern. Von den 74 Intubirten zeigten 53 (71,5 pCt.) sofort freie Athmung, von den übrigen 21 (28,8 pCt.) fielen 19 der Tracheotomie anheim, deren Prognose durch den vorhergegangenen Eingriff jedenfalls verschlimmert wurde. Auch starben von diesen 18.

Verf. stellt folgende Sätze auf:

Indication zur Secundärtracheotomie:

1. wenn durch die Intubation Membranen abgelöst und zusammengestossen werden;
2. bei jeglicher Fortdauer der Stenose. Blosse Verschlechterung des Allgemeinbefindens nach der Intubation erfordert nicht die Tracheotomie.

Contraindication der Intubation gegenüber der Tracheotomie.

1. Completer Verschluss des Cavum nasopharyngeale.
2. Hochgradiges Oedem des Kehlkopfeinganges.
3. Gleichzeitiger Retropharyngealabscess.

Gewiss ist das O'Dwyer'sche Verfahren höchst berücksichtigungswerth; es aber schlechtweg mit der Tracheotomie zusammenzustellen und zu vergleichen, ist unrichtig, da beide Methoden ganz verschiedener Natur sind und verschiedene Indicationen haben. Ob man mit der Intubation plus Nothtracheotomie besser fährt, als mit der klug angewendeten Tracheotomie allein, müssen viel grössere Erfahrungen entscheiden.

JONQUIÈRE.

58) v. Ranke (München). **Sammelforschung der Gesellschaft für Kinderheilkunde über Intubation und Tracheotomie.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1893. No. 45.*

Kurzes Referat über die in 4 Jahren von Ganghofner (Prag), Jacubowski (Krakau), v. Murats (Zürich), Unterholzner (Wien), von Ranke (München) gemachten Erfahrungen.

LANDGRAF.

e. Kehlkopf und Trachea.

59) E. J. Spratling. **Eine Klette aus den Luftwegen eines Knaben durch intralaryngeale Manipulationen ohne Instrumente entfernt. (Cockle burr removed without instruments from the air-passages of a boy by intralaryngeal manipulations.)** *Southern Med. Record. April 1893.*

Der Knabe war 12 Jahre alt. S. zwängte seinen Mittel- und Ringfinger in den Larynx ein, fasste den Fremdkörper zwischen die Fingerspitzen und zog ihn heraus, indem er die eingeführte Hand mit der anderen nach oben drängte.

S. ist der Meinung, dass man fast jeden beweglichen Fremdkörper, selbst aus der Trachea, entfernen könne, wenn man die Wirkung der Schwere des Fremdkörpers in der Stellung des Pat. berücksichtige und auf geeignete Weise manipulire.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **Edmund Owen** (London). **Fremdkörper in den Luftwegen; seine operative Entfernung. (Foreign body in the air-passages; operation and removal.)** *Lancet. 5. August 1893.*

Krankengeschichte eines 9jährigen Mädchens, welchem eine Mandel in die Trachea gerieth. Nachdem alle Versuche, den Fremdkörper zu extrahiren oder zu dislociren, fehlgeschlagen waren, wurde die Laryngo-Tracheotomie gemacht; bald nachher brachte ein Hustenstoss den Fremdkörper in erreichbare Nähe und er wurde mit der Zange entfernt. Verf. schliesst eine Reihe allgemeiner Erörterungen an den Fall an. MACKENZIE-JOHNSTON.

61) **Sir Philip C. Smyly** (Dublin). **Ein Knochenstückchen nahezu einen Monat lang im Larynx festgekeilt und mit der Zange entfernt. (A portion of beef bone lodged in the larynx for nearly a month and removed with forceps.)** *Journ. of Laryngology. April 1893.*

Die Ueberschrift erklärt den Inhalt der Arbeit ausreichend.

MACKENZIE JOHNSTON.

62) **J. W. Barrett** (Melbourne). **Ein Fall von Fremdkörper im Larynx durch die Laryngofissur entfernt. (Case of foreign body in the larynx removed by the method of laryngofissure.)** *Australian Med. Journ. 15. Mai 1893.*

Als B. die Pat., ein 10jähriges Mädchen, zum ersten Male sah, hatte sie schwere Dyspnoe und Stridor; die laryngoskopische Untersuchung war schwierig, gelang aber schliesslich mit Hülfe von Cocain. Die Epiglottis war geschwollen und ulcerirt, wie bei Kehlkopfphthise; die Aryknorpel enorm geschwollen. Eine grosse papillomatöse Geschwulst in der Nähe des rechten Stimmbandes verschloss den Kehlkopf fast vollständig. Aus dem rechten Stimmband sah man eine schwarze Spitze, wie von einer oxydirten Nadel, herausragen. Bei Erwähnung dieses Umstandes gab das Kind an, dass es 8 Monate vorher eine Nadel verschluckt habe. 6 Wochen waren damals keine Symptome gefolgt, dann war sie plötzlich beim Spielen dyspnoisch geworden und hatte für eine Woche die Stimme verloren. 4 Monate war sie darauf wieder von allen Symptomen frei, bis sich im Anschluss an eine Erkältung der jetzige Zustand entwickelte. B. machte die Tracheotomie und verlängerte den Schnitt nach oben durch den Ring- und Schildknorpel; die Pat. war dabei mit hängendem Kopf gelagert, was B. für diese Operation sehr empfiehlt. B. entfernte die Granulationsmassen und legte die Nadel bloss, die tief im rechten Stimmbande steckte, die Spitze nach oben, in vertikaler Richtung; er extrahirte sie mit der Zange. Die Pat. genas, die Stimme war leicht rauh, aber brauchbar. Von besonderem Interesse an dem Falle ist das lange Verweilen der Nadel im Kehlkopf und die Aehnlichkeit des laryngoskopischen Bildes mit Kehlkopftuberkulose. (Auch das vollständige Fehlen von Symptomen während so langer Zeit, während der die Nadel doch in den Luftwegen sich befand. — Ob sie im einen oder anderen Bronchus steckte und bei der ersten Attacke vorübergehend, bei der zweiten dauernd nach dem Larynx dislocirt wurde? Ref.) A. T. BRADY.

63) **F. E. Hopkins. Fall von Festkeilung eines Fremdkörpers im Kehlkopf. (Case of foreign body impacted in the larynx.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 26. October 1893.*

Der Fremdkörper war ein keilförmiges Knochenstück, $^{11}/_{16}$ Zoll lang. Die scharfe Spitze war in den rechten Ventrikel eingedrungen, und durch den Glottiskrampf, den die Anwesenheit des Fremdkörpers hervorrief, tief in die Gewebe hineingetrieben worden. Der Fremdkörper wurde erst mit einer Sonde dislocirt und dann 5 Tage später ausgehustet. Es blieben ein paar oberflächliche Geschwüre am linken Stimmbande zurück, die aber auch bald heilten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **J. W. Stickler. Longitudinale Eröffnung der Trachea von einem Punkt gerade hinter dem Isthmus der Schilddrüse bis zur Bifurcation; Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus. (The trachea opened longitudinally from a point just below the isthmus of the thyroid to its bifurcation and a foreign body removed from the left bronchus.)** *N. Y. Medical Record. 29. April 1893.*

Nach einer Tracheotomie wegen Croup besserte sich der Zustand des betreffenden Kindes sehr schnell und alles ging gut, bis einer der Pfleger beim Versuch, die Trachea auszuwischen, ein schlecht an der Sonde befestigtes Jodoformgazestückchen in der Trachea zurückliess. Die Gaze drang schnell in den linken Bronchus, die Athmung wurde sofort erschwert, das Kind cyanotisch. Man erweiterte schnell etwas die Trachealwunde, zog die Luftröhre selbst durch seitliche Züge etwas in die Höhe und durchtrennte rasch die Weichtheile in der Mittellinie bis herunter auf das Sternum und zwar so tief, dass die Vorderfläche der Trachea bloss lag. Die blutenden Gefässe wurden abgeklemmt und dann unter der Leitung des Zeigefingers die Trachea vorn bis zu ihrer Bifurcation herab gespalten. Es wurde nun der kleine Finger zuerst in den rechten, dann in den linken Bronchus eingeführt, doch konnte man die Gaze nicht fühlen. Darauf wurde eine winklige Zange in den linken Bronchus eingeführt, die nach einem oder zwei Versuchen den Gazebausch zu Tage förderte. Sofort wurde die Athmung wieder leicht, die Cyanose schwand. LEFFERTS.

65) **M. Thorner. Fremdkörper in der Luftröhre. (Foreign body in the trachea.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 1. Juli 1893.*

Die Patientin, ein 16jähriges Mädchen, war beim Essen plötzlich bewusstlos und cyanotisch geworden. Es wurde die Tracheotomie gemacht, ohne dass sofort ein Versuch, den Fremdkörper zu finden, angeschlossen wurde. Nach einigen Tagen sah man im Kehlkopf keinen Fremdkörper; es wurde die Canüle herausgenommen und ein kleiner Spiegel zur Tracheoskopie eingeführt, mit dessen Hülfe man den Fremdkörper erblickte. Er wurde mit der gebogenen Zange extrahirt; es war ein viereckiges Knochenstück, etwa $^{1}/_{2}$ Zoll breit.

Interessant an dem Fall ist die tiefe Bewusstlosigkeit der Patientin; ferner die Grösse des Fremdkörpers im Vergleich zu dem engen Spalt der Glottis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **W. A. Dunn. Einige Punkte bezüglich der Tracheotomie. (Some points on tracheotomy.)** *The Clinique. 15. August 1893.*

Details über die Operationsmethode; nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **W. Paige. Eine erfolglose Tracheotomie. (An unsuccessful tracheotomy.)** *North American Journal of Homoeopathy. August 1893.*

Der Misserfolg ist Schuld der Wärterin, welche die Reinigung der inneren Canüle vernachlässigte, so dass diese sich mit eingetrocknetem Schleim verstopfte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Redactionelle Notiz. Drängende Tracheotomien. (Emergency tracheotomies.)** *Northwestern Lancet. 1. September 1893.*

Eine Beschreibung verschiedener Operationsmethoden, wenn man ohne geeignete Instrumente und ohne Hilfe operiren muss.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **L. L. Pilcher. Der Werth der Tracheotomie verglichen mit dem der Intubation für die Beseitigung acuter Kehlkopfstenose bei Kindern. (The comparative value of tracheotomy and intubation for the relief of acute laryngeal stenosis in children.)** *Brooklyn Med. Journal. Sept. 1893.*

P. stellt beide Eingriffe einander gegenüber; jeder hat seine besonderen Vorzüge; welcher zu wählen ist, hängt von den Umständen ab.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) **Redactionelle Notiz. Intubation. (Intubation.)** *Diatetic and Hygienic Gazette. Januar 1893.*

Die Erfolge bei vorgeschrittenen Fällen von laryngealer Stenose sprechen nicht zu Gunsten der Intubation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **J. Hubbard. Intubation. (Intubation.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Januar 1893.*

H. ist der Ansicht, dass der Werth der Intubation allmälig mehr zur Anerkennung kommt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **M. Thorner. Intubation bei einem Erwachsenen gefolgt von tödtlichem Kehlkopfoedem nach Extraction der Tube. (Intubation in an adult followed by fatal oedema of the larynx after extraction of the tube.)** *Annals Ophthalm. and Otology. Juli 1893.*

Die Intubation wurde wegen äusserster Kehlkopfstenose vorgenommen. Nach 15 Stunden wurde die Tube auf das Drängen des Pat. herausgenommen, in der Absicht, sie nach ein paar Stunden wieder einzuführen. 15 Minuten später fand man den Pat. todt. Nach dem Druck der Tube auf die infiltrirten Gewebe hatte sich plötzlich ein subglottisches Oedem eingestellt, das zu dem letalen Ausgang führte. Man soll derartige Fälle eine Zeit lang nach der Herausnahme der Tube auf das sorgsamste überwachen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **W. Cheatham. Intubation des Kehlkopfs und Oesophagus. (Intubation of the larynx and oesophagus.)** *Am. Practitioner and News. 9. Sept. 1893.*

Ch. giebt einige Winke aus seiner persönlichen Erfahrung mit der Intubation des Kehlkopfs. Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **G. F. Cott. Intubation. (Intubation.)** *Buffalo Medical Journal. October 1893.*

C. räth zur frühen Operation. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **Geo M. Lefferts. Intubation beim Erwachsenen. (Intubation in the adult.)** *N. Y. Med. Journal. 9. December 1893.*

Vortrag gehalten auf dem XV. Congress der American Laryngological Association (wird im Verhandlungsbericht referirt werden).

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **P. Q. Brondgeest** (Utrecht). **Beitrag zur Diagnose des Aneurysma arcus aortae. (Bijdrage tot de diagnose van aneurysma arcus aortae.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1893. II. p. 533.*

Ein Fall von Aortenaneurysma mit linksseitiger Posticusparalyse (linkes Stimmband in Cadaverstellung; Adductoren intact) (?Red.) und heftigen laryngospastischen Anfällen, welche nach vorgenommener Tracheotomie aufhörten. Tod 3 Wochen später an Bronchitis. Bei der Section wurde constatirt, dass der linke Recurrens sich in die Aneurysmenwand verlor. Der Kehlkopf wurde nicht untersucht. B. erklärt den Spasmus glottidis aus einem Catarrhus laryngis; auch könne die post mortem constatirte Compression der Luftröhre und des linken Bronchus an dem Spasmus Antheil haben. B. hat einmal bei einem Kranken mit Tracheostenose einen heftigen Laryngospasmus durch einfaches Pinseln des Rachens mit schwacher Lapislösung auftreten gesehen. H. BURGER.

77) **P. Selter** (Genf). **Ueber Druckgeschwüre in Trachea und Bronchus, hervorgerufen durch Aneurysmen.** *Virch. Arch. CXXXIII. 1. 1893.*

Unter 8 Fällen von Aneurysma der Aorta thoracica und der A. anonyma zeigten sich in 5 mehr oder minder schwere Decubitalerscheinungen in der Trachea oder dem linken Bronchus, von einer einfachen Druckanämie bis zur völligen ulcerösen Zerstörung der Tracheal- und Aortenwandung.

Der Druck des Aneurysma macht eine Compression der Trachea oder des Bronchus und führt zu Ernährungsstörungen in der Schleimhaut; es entstehen Anämie, Defect des Epithels, Geschwüre, die auf der Schleimhaut den grössten Umfang zeigen und desto enger werden, je tiefer sie gehen; ihr tiefster Punkt zeigt im Centrum entblössten Knorpel. Schliesslich kann das Ulcus in das Aneurysma perforiren. Die Ursache der Perforation eines Aneurysmas ist nicht in der Verdünnung der Wand zu suchen, sondern in dieser Druckgangrän.

A. ROSENBERG.

78) **Otto** (Danzig). **Ueber Periplearitis tuberculosa (periplearitischer Abscess und Durchbruch des Abscesses in die Trachea).** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXVI. 1. 2. 1893.*

Bei einem 4jährigen Knaben hatte der Abscess seinen Ausgang von einem tuberculösen Process der 4—5 untersten Brustwirbel genommen, war in die Höhe bis zur Bifurcation der Trachea gestiegen, hatte sich über den rechten Hauptbronchus nach vorne und seitlich an das äusserste Ende der Trachea gewandt, um sich dort einen Weg nach aussen zu suchen. Die Wandung der Trachea war an der Durchbruchsstelle durch auflagernde, verkäste Bronchialdrüsen erweicht gewesen. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

79) **J. Lockhart Gibson** (Queensland). **Bemerkungen über die Function der Schilddrüse nebst Beobachtungen an einem Falle von Transplantation der Schilddrüse. (Notes on the function of the thyroid gland with observations on a case of thyroid grafting.)** *Transactions 3. Sess. Internat Med. Congres Sydney. Juni 1893.*

Die werthvolle Arbeit verdient im Original gelesen zu werden. G. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Schilddrüse ist kein blutbildendes Organ, sie ist kein excretorisches Organ, auch kein Compensationsorgan für die Milz. Sie secernirt gewisse Substanzen, deren Resorption in das Blut wesentlich für die Erhaltung des Lebens ist. — In dem Falle von Transplantation, von dem G. berichtet, wurde eine Schafsschilddrüse zuerst unter den M. pectoralis major implantirt, 9 Monate darauf eine zweite in die Peritonealhöhle. Photogramme demonstrirten die bedeutende Besserung in dem Zustand des Kindes.

A. T. BRADY.

80) **Woods** (London). **Myxoedem behandelt mit Schilddrüsensaft. (Myxoedema treated with thyroid gland juice.)** *British Med. Journal. May 6. 1893.*

81) **Hingston Fox** (London). **Dasselbe.** Ebenda.

82) **F. J. Smith** (London). **Dasselbe.** Ebenda.

Demonstration dreier Patienten am 12. April 1893 vor der Hunterian Society, die unter der genannten Behandlung bedeutende Verbesserung ihres Zustandes aufwiesen. SEMON.

83) **Rehn** (Frankfurt a. M). **Myxoedem im Kindesalter.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1893. No. 20.*

R. stellt 3 Mädchen mit M. vor. Das Bild unterschied sich nicht von dem bei Erwachsenen. Bei keiner Pat. fand sich eine Schilddrüse. Behandlung 1 mal mit Einheilung eines Stückchens menschlicher Schilddrüse, 2 mal mit Schilddrüsenextract innerlich, allemal mit gutem Erfolg. LANDGRAF.

84) **Little** (Dublin). **Ein Fall von Myxoedem, mit Schilddrüsensaft behandelt. (A case of myxoedema treated by thyroid juice.)** *Dublin Journal of Med. Sc. Mai 1893.*

Krankengeschichte eines Falles. In der sich anschliessenden Discussion schilderte Scott die Methode der Bereitung des Schilddrüsensaftes, bei der auf antiseptische Cautelen sehr grosses Gewicht zu legen ist. Benson berichtet über einer Fall, in dem das Extract per os gegeben wurde. Falkoner benutzt die Schweinsschilddrüse, Moore empfiehlt das Trockenextract, das Burroughs und Welcome hergestellt haben. Dawson, Althill, Stokes und Bealty betheiligten sich an dem weiteren Verlaufe der Discussion. P. MC. BRIDE.

85) **T. Grainger Stewart** (Edinburgh). **Die Behandlung des Myxoedems durch Verfütterung von Schilddrüsensubstanz: ihre Vortheile und ihre Gefahren. (The treatment of myxoedema by thyroid feeding: its advantages and risks.)** *Practitioner. Juli 1893.*

Klinische Vorlesung, von St. an der Universität Edinburgh gehalten, in der zuerst die Symptomatologie der Erkrankung eingehend beschrieben und dann die mit der Schilddrüsenverfütterung verbundenen Gefahren abgehandelt werden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

86) **George Elam** (London). **Ein Fall von Myxoedem behandelt mit Schilddrüsenextract. (A case of myxoedema treated with thyroid extract.)** *Lancet. 9. Sept. 1893.*

Klinische Bemerkungen über einen Fall von Myxödem; nichts Neues.

MACKENZIE-JOHNSTON.

87) **J. Adam** (Hamilton). **Zwei Fälle von Myxoedem behandelt durch Verfütterung von Schilddrüsen. (Two cases of myxoedema treated by thyroid feeding.)** *Glasgow Med. Journal. Sept. 1893.*

Zwei Fälle, beide Frauen betreffend, die durch die Verfütterung von Schilddrüsen bedeutend gebessort wurden. Verf. hält $^1/_8$ Schafsschilddrüse dreimal wöchentlich für eine ausreichende Dosis. P. MC BRIDE.

88) **A. C. Miller** (Fort William). **Ein Fall von Myxoedem geheilt durch Ernährung mit Schilddrüsen. (Case of myxoedema cured by thyroid feeding.)** *Edinburgh Med. Journal. Sept. 1893.*

Der Titel sagt, worum es sich handelt. Die Behandlungsdauer betrug nur 7 Wochen; die beigegebenen Abbildungen lassen die Grösse des Erfolges beurtheilen. P. MC BRIDE.

89) **G. R. Murray** (Newcastle). **Behandlung des Myxoedems. (Treatment of myxoedema.)** *Lancet. 16. Sept. 1893.*

In einem Briefe an den Herausgeber lenkt M. noch einmal die Aufmerksamkeit auf ein paar practisch wichtige Punkte, deren Berücksichtigung für den Erfolg der Behandlung des Myxödems mit Schilddrüsenextract nothwendig ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

90) **Robert Kirk** (Glasgow). **Bemerkungen über Fälle von Myxoedem. (Notes on cases of myxoedema.)** *Lancet. 23. Sept. 1893.*

Einige klinische Bemerkungen über eine Anzahl von Fällen, die unter des Verf.'s Behandlung stehen. MACKENZIE-JOHNSTON.

91) **A. Bronner** (Bradford). **Myxoedem. (Myxoedema.)** *British Med. Journal. 14. October 1893.*

Vorstellung des Patienten in der Bradford Med. Chirurg. Society.

MACKENZIE-JOHNSTON.

92) **J. J. Putnam. Weitere Berichte über die therapeutische Verwendung der Schafsschilddrüse. (Further notes respecting the therapeutics use of the sheep's thyroid.)** *American Journal of the Med. Scienc. October 1893.*

Die weiteren Mittheilungen über die Schilddrüsentherapie scheinen darauf hinzudeuten, dass nach dem Aussetzen der Verabreichung von Schilddrüsensubstanz das Myxödem recidiviren kann. P. theilt noch 2 Fälle mit, in denen durch die Behandlung mit Schilddrüsen die Obesitas wirksam bekämpft wurde.

P. MC BRIDE.

93) **T. Clouston. Die geistigen Symptome des Myxoedems und die Wirkung der Schilddrüsenbehandlung auf dieselben. (The mental symptoms of myxoedema and the effect on them of the thyroid treatment.)** *British Medical Journal. 26. August 1893.*

Vortrag, gehalten in der psychologischen Section der Jahresversammlung der B. M. A. C. weist darauf hin, dass die intellectuellen Functionen des Gehirns stets bei Myxödem geschädigt sind und zwar in nicht wenigen Fällen in dem Maasse, dass man geradezu von Geisteskrankheit reden kann. Unter der Schilddrüsenbehandlung besserten sich diese Fälle im Laufe von 6 Monaten, der geistige Defect schwand ganz allmälig. MACKENZIE-JOHNSTON.

94) **W. M. Ord** u. **Edmund White** (London). **Klinische Bemerkungen über gewisse Veränderungen am Urin beim Myxoedem nach der Verabreichung des Glycerinextracts von Schilddrüse. (Clinical remarks on certain changes observed in the urine in myxoedema after the administration of Glycerine extract of thyroid gland.)** *Brit. Med. Journ. 29. Juli 1893.*

Aus einer genauen Untersuchung der Nahrungsaufnahme und des ausgeschiedenen Urins von einem unter Verfütterung von Schilddrüsensubstanz stehenden Falle von Myxödem ziehen die Verff. folgende Schlüsse: 1. der Urin nimmt an Menge zu. 2. Die Stickstoffausscheidung übersteigt die Menge des in der Nahrung aufgenommenen N. 3. Die Phosphorsäure und Chlor-Ausscheidung erfährt keine Veränderung. 4. Der Stickstoffüberschuss wird in Form von Harnstoff ausgeschieden. 5. Das Körpergewicht nimmt rapide ab. 6. Die Temperatur war etwas erhöht. MACKENZIE-JOHNSTON.

95) **Discussion über das Myxoedem in der Glasgow Medico-Chir. Society.** *Glasgow Med. Journ. Februar 1893.*

Mac Call Anderson hebt hervor, dass er von der combinirten Dar-

reichung von Strychnin und Arsen und täglicher Massage Nutzen gesehen habe. Weiter kann er folgende Therapie empfehlen: 1. Tag: Ein Dampfbad. 2. Tag: 0,015 Pilocarpin subcutan; 3. Tag: Ein heisses electrisches Bad. Auch von dem Murray'schen Schilddrüsenextract kann er nur Gutes sagen; er zieht aber vor, es per os zu geben.

Napier theilte einen Fall mit, der sich unter Injection von Schilddrüsensaft bedeutend besserte. Nach einiger Zeit wurde diese Behandlung abgebrochen und blos noch die rohe Drüse gehackt gegeben. Diese Medication verursachte anfänglich vage Schmerzen im Abdomen, im Rücken und in den Gliedern, sowie erhebliche Muskelschwäche. Napier macht auch auf die vermehrte Harnstoffausscheidung aufmerksam, zu der die Verabreichung der Schilddrüsen führt.

Mac Laren führt ebenfalls Fälle an, die den Werth der Behandlung mit Schilddrüsenextract und roher Drüse illustriren.

Workmann schildert die Wirkungen des Schilddrüsensaftes. In einem seiner Fälle von Myxödem bestand ausgesprochene Tachycardie (132 Pulse).

Caldwell Smith spricht über die Fälle von Myxödem, die er beobachtet hat.

Renton hat einen Fall durch Verfütterung von Schilddrüsen erheblich gebessert. Er gab zuerst eine halbe Drüse an zwei aufeinander folgenden Tagen; da aber danach der Puls auffallend voll und schnell wurde, setzte er die Dosis herab.

F. Bolloch giebt einen aus frischen Drüsen bereiteten Glycerinextract. $^1/_4$ Drüse hält er für eine sehr ausreichende Dosis.

Walker Downie sah einen Fall, in dem der Schlund und die Tuba Eustachii afficirt waren.

Mac Laren erwähnt, dass in einem seiner Fälle Stridor bestand, wie er annahm, infolge myxödematöser Schwellung im Halse.

Mac Tail erwähnt, dass die Schilddrüse, auch wenn sie gebraten wird, ihre Wirksamkeit nicht einbüsst.

Coats hält die dauernde Heilung für das Resultat der Hypertrophie der Hypophysis, die ähnliche Functionen wie die Schilddrüse habe.

Mc Call Anderson hatte das Schlusswort. P. MC BRIDE.

96) Discussion über das Myxoedem in der Edinburgh Medical Chir. Society. *Edinburgh Med. Journal. Mai 1893.*

An der Discussion betheiligten sich Greenfield, Bramwell, Lundie, Attleck, Thomson, Russel, Bruce, Dunlop, Church, Murray, Davies, Stalker und Foulis. Der letztgenannte führte einen Fall an, in dem Diarrhoen mit nachfolgendem Coma innerhalb 24 Stunden nach Verabreichung eines Viertellappens einer Schilddrüse den Tod herbeiführten. Clouston betonte die relative Häufigkeit geistiger Störungen. Betreffs der übrigen Bemerkungen ist im Original nachzulesen. P. MC BRIDE.

g. Oesophagus.

97) J. B. Newman. **Die Zange gegenüber den anderen Mitteln zur Extraction von Fremdkörpern aus dem Oesophagus. (Forceps versus after remedies in removing foreign bodies from the oesophagus.)** *Physician and Surgeon. December 1893.*

N. empfiehlt einfachere Mittel zu versuchen, ehe man zur Zange greift. Er berichtet über einen Fall, in dem eine Injection von Apomorphin gemacht und ein Knochenstück durch das Erbrechen entfernt wurde; ferner einen Fall, in dem ein Fleischstück durch die Sonde in den Magen hinabgestossen wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

98) D. Wallace (Edinburgh). **Oesophagotomie und Gastrotomie behufs Entfernung einer Platte mit fünf Zähnen. (Oesophagotomy and gastrotomy for the removal of a plate with fife teeth.)** *Edinburgh Medical Journal. Dec. 1893.*

Vorstellung des geheilten Patienten. P. MC BRIDE.

99) A. Fränkel. **Ueber Tractions-Divertikel.** Aus dem Verein für innere Medicin in Berlin. — *Münchn. med. Wochenschr. No. 46. 1893. Deutsche med. Wochenschr. No. 52 1893.*

Sie entstehen meist durch vereiternde oder geschrumpfte Bronchialdrüsen, ihre Form ist eine trichterförmige. Durch Perforation kann es zu jauchiger Pleuritis, Pericarditis oder Lungengangrän kommen; Fränkel beobachtete drei Fälle, wovon einer dadurch interessant ist, dass die 51jährige Frau unter pneumonischen Erscheinungen mit Fieber und hectischen Schweissen zu Grunde ging; die Pneumonie war bedingt durch ein perforirtes Tractionsdivertikel. SCHECH.

100) E. Laplace. **Gastrotomie zur Beseitigung einer Speiseröhrenverengerung. (Gastrotomy for relief of oesophageal stricture.)** *N. Y. Med. Record. 16. September 1893.*

Der Patient, ein Mann, der nie vorher krank gewesen war, empfand eine allmählich zunehmende Schwierigkeit beim Schlucken und konnte schliesslich selbst Wasser nicht mehr herunterbringen. Die feinste Sonde ging nicht mehr durch die Strictur hindurch. L. machte die Gastrotomie; er nähte den Magen zuerst an der Bauchwand fest und eröffnete dann drei Tage später den Magen mit dem Galvanocauter. Der Pat. wurde mit peptonisirter Milch ernährt. Ein paar Tage später durfte der Pat. selbst seine Nahrung kauen, bevor sie in den Magen gebracht wurde. Zur Ueberraschung der Aerzte war er nach einiger Zeit imstande, jede Nahrung ohne Schwierigkeit zu schlucken. Der Patient wurde narkotisirt behufs Schliessung der Magenfistel. Als man den Magen innerlich mit dem Finger untersuchte, fand man, gerade noch erreichbar, eine gestielte Masse, augenscheinlich einen Polypen, der wohl erst späterhin gestielt geworden war. Der Magen wurde geschlossen, ohne dass man die Geschwulst entfernte; diese dürfte durch Digestion zum Schwinden gebracht sein, denn seither hat der Pat. keine Beschwerden mehr beim Schlingen gehabt. LEFFERTS.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Februar 1894.

Scheinmann stellt ein 4jähriges Mädchen mit einem Nasenrachentumor vor, der eine linksseitige Nasenstenose verursachte, das Gaumensegel bes. links nach vorn drängte und sich als eine harte, unebene, den grössten Theil des Nasenrachens einnehmende Geschwulst abpalpiren liess. Sie hat eine weissgraue Farbe. Am linken Unterkieferwinkel fühlte man eine Drüse. Ein zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung entferntes Stück derselben ergab die Diagnose Sarcom.

Herzfeld demonstrirt 3 Patienten mit Spaltbildungen im vorderen Gaumenbogen, die bei zweien congenitaler, bei dem dritten zweifelhafter Natur sind.

A. Rosenberg hält dieselben für viel häufiger, als man gemeinhin annimmt.

Flatau erinnert an die nicht ganz ausgebildeten Spalten, die blind endigen.

Flatau demonstrirt das Präparat eines Plattenepithelialcarcinoms, das er aus der linken Seite der Nase eines Patienten entfernt hat. Nach der Operation sah man nichts mehr von Muscheln, und das Nasendach lag frei zu Tage.

E. Meyer: Mittheilung zum Zusammenhang zwischen Diphtherie und Angina lacunaris.

Am 6. Februar d. J. fand in einem Berliner Restaurant eine Gesellschaft von 28 Personen statt. Am 9. erkrankten von den 28 Theilnehmern 8 und zwar 3 an Diphtherie, 5 an Angina lacunaris. Von den ersteren starb eine Dame Anfang der Vierziger am 4. Tage, eine zweite von 36 Jahren am 10. Tage, ein Herr genas. Die Anginafälle verliefen unter dem typischen Bilde der Angina lacunaris ohne Complicationen. Eine von den Anginakranken, ein 18jähriges Mädchen, beobachtete M. Es gelang ihm, aus dem Secret der Tonsillen den Löffler'schen Bacillus rein zu züchten. 3 Tage später als das junge Mädchen erkrankte dessen 13jähriger Bruder gleichfalls an typischer Angina, dessen Secret den Löfflerschen Bacillus und Staphylococcen aufwies. Drei Tage darauf — der Knabe hatte den ersten Tag der Erkrankung noch die Schule besucht — erkrankte der Neben- und Vordermann desselben an Angina.

Bei der Nachforschung nach der Ursache dieser Erkrankungen stellte es sich heraus, dass das Kind des Restaurateurs an schwerer Diphtherie erkrankt war, der es am 12. Februar erlegen ist.

Diese Beobachtung zeigt: 1. man kann in allen diesen Fällen eine Incubationsdauer von 3mal 24 Stunden constatiren; 2. in so stringenter Weise, wie

hier, ist wohl noch nicht der Beweis dafür erbracht, dass die Angina lacunaris auf einer Diphtherieinfection beruhen kann.

Scheier: Demonstration von blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Sch. beobachtete ihn bei zwei Männern von 51 resp. 22 Jahren, in dem einen Fall sass er auf der Grenze zwischen Epidermis und Schleimhaut, in dem anderen etwas höher, der eine hatte einen dünneren, der andere einen breiteren Stiel. Das erste Symptom war in beiden Fällen Nasenblutungen. Der erste erwies sich mikroskopisch als Lymphangiom; es fanden sich grosse Lymphräume in lockerem Bindegewebe, weite venöse Gefässe, das Epithel war theils cylindrisch, theils epidermoidal und sandte Zapfen in die Tiefe.

Der zweite Tumor war ein zellreiches Fibrom.

In dem ersterwähnten Falle trat nach 8 Tagen ein Recidiv ein.

P. Heymann sah bei einem Pat. mehrere Male ein Recidiv, das sich jedesmal durch eine Blutung ankündigte.

Herzfeld: Ueber Empyem resp. Caries der Keilbeinhöhle.

H. berichtet über 4 Fälle von Keilbeinhöhleneiterung, von denen 2 doppelseitig waren; der eine derselben war noch complicirt mit doppelseitiger Kieferhöhleneiterung, der andere mit Caries des Siebbeins. In allen 4 Fällen war die vordere Keilbeinhöhlenwand cariös; 3mal fand sich dicht an der vorderen Wand des Sinus am Septum die Schleimhaut stark geschwollen, teigig eindrückbar, eine Schwellung, auf die H. einen grossen diagnostischen Werth legt. Die Diagnose wird ausserdem gesichert durch die Caries der vorderen Wand und vor allem durch die Beobachtung des Eiterabflusses nach Durchstossung derselben. Die Sondirung von der normalen Oeffnung hält H. nur selten für möglich. Ein Pat. mit doppelseitiger Keilbeinhöhlenerkrankung und Siebbeincaries hatte merkwürdigerweise keine Kopfschmerzen, während die drei anderen an starker Cephalalgie litten.

Zur Eröffnung empfiehlt H. einen scharfen Löffel oder ein von ihm angegebenes Instrument, das vollständig die Form einer Nasensonde hat und im wesentlichen eine Hohlsonde darstellt, in deren Inneren eine feine Spirale läuft, an deren Ende ein kleiner Rosenbohrer von 2 mm Durchmesser angebracht ist. Bei Anwendung dieses mit der zahnärztlichen Bormaschine getriebenen Instrumentes erhält man ein rundes Loch mit glatten Rändern.

Die Discusion wird vertagt.

In den Bericht über die Sitzung der laryngologischen Gesellschaft vom 21. April 1893 (Centralbl. No. 8. 1894.) hat sich ein Irrthum eingeschlichen.

Es steht dort: Herzfeld hätte ca. $^1/_4$ l Milch in die mit Gaze tamponirte Oberkieferhöhle eingespritzt; es müsste sich da allerdings um eine Höhle von nie gesehener Grösse handeln. Thatsächlich hat H. durch die breit angelegte Oeffnung 1 Quadratdecimeter hydrophile Gaze hinein gebracht und dann Milch nachgespritzt, mit der sich die Gaze vollständig durchtränkte. A. Rosenberg.

Namen-Register.*)

A.

B.

*) Die fett gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen der Betreffenden, während die dünn gedruckten sich auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. beziehen.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

J. I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

X.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

